

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **SURINAME**

### **PROYECTO DE MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**(SU-L1054)**

#### **PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por Diana Pinto, jefa de equipo (SCL/SPH); Ian Ho-A-Shu (SPH/CTT); Frederico Guanais (SPH/CPE); Leslie Stone (SPD/SMO); Jennifer Nelson (SCL/SPH); Rinia Terborg-Tel (VPC/FMP); Mariska Tjon A. Loi (VPC/FMP); Lucas A. Hoepel (CCB/CSU); Javier Jiménez Mosquera (LEG/SGO); Heidi Fishpaw (VPS/ESG); Livia Minoja (INE/INE); Martha Guerra (SCL/SPH); y Vikash Bhagirath (VPC/FMP).

El presente documento contiene información confidencial comprendida en una o más de las diez excepciones de la Política de Acceso a Información y, por lo tanto, no se puede divulgar fuera del Banco. Está disponible únicamente para un grupo restringido de personas dentro del Banco.

## ÍNDICE

### RESUMEN DEL PROYECTO

I.	DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS.....	1
A.	Antecedentes, problema abordado y justificación.....	1
B.	Objetivo, componentes y costo.....	14
C.	Indicadores de resultados clave .....	16
II.	ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y RIESGOS PRINCIPALES .....	16
A.	Instrumentos de financiamiento .....	16
B.	Riesgos relativos a las salvaguardias ambientales y sociales.....	17
C.	Riesgo fiduciario .....	18
D.	Otros riesgos y temas de importancia clave .....	19
III.	PLAN DE EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN .....	19
A.	Resumen de los mecanismos de ejecución .....	19
B.	Resumen de los mecanismos para el seguimiento de los resultados .....	20
C.	Otros asuntos .....	21

## APÉNDICES

Proyecto de resolución

ANEXOS	
Anexo I	Resumen de la Matriz de Efectividad en el Desarrollo
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS	
<b>REQUERIDOS</b>	
1.	<a href="#">Plan de Ejecución Plurianual y Plan Operativo Anual</a>
2.	<a href="#">Mecanismos de seguimiento y evaluación</a>
3.	<a href="#">Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</a>
4.	<a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>	
1.	<a href="#">Análisis Técnico</a>
2.	<a href="#">Teoría del Cambio</a>
3.	<a href="#">Análisis Económico</a>
4.	<a href="#">Filtro de Política de Salvaguardias y Formulario de Análisis de Salvaguardias</a>

## **SIGLAS Y ABREVIATURAS**

TIC	Tecnologías de la información y las comunicaciones
OVE	Oficina de Evaluación y Supervisión
IREM	Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica
SZF	Fondo Estatal del Seguro de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**SURINAME**  
**PROYECTO DE MEJORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**  
**(SU-L1054)**

Términos y condiciones financieros				
<b>Prestatario:</b> República de Suriname			<b>Facilidad de Financiamiento Flexible<sup>(a)</sup></b>	
			<b>Plazo de amortización:</b>	24 años
<b>Organismo ejecutor:</b> Ministerio de Salud			<b>Período de desembolso:</b>	6 años
			<b>Período de gracia:</b>	6,5 años <sup>(b)</sup>
<b>Fuente</b>	<b>Monto (US\$)</b>	<b>%</b>	<b>Tasa de interés:</b>	Basada en LIBOR
<b>BID (Capital Ordinario)<sup>(d)</sup>:</b>	20.000.000	100	<b>Comisión de crédito:</b>	(c)
			<b>Comisión de inspección y vigilancia:</b>	(c)
			<b>Vida promedio ponderada:</b>	15,25 años
<b>Total:</b>	20.000.000	100	<b>Moneda de aprobación:</b>	Dólar estadounidense
Esquema del proyecto				
<b>Objetivo y descripción del proyecto:</b> El objetivo de este proyecto es contribuir a reducir la carga de enfermedad en Suriname mediante la mejora del acceso a servicios de atención primaria integrados de alta calidad y el aumento de la eficacia del sector de salud para enfrentar los desafíos epidemiológicos prioritarios.				
<b>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso:</b> (i) el establecimiento de una unidad de ejecución del programa y la contratación de su personal clave, incluidos el gerente del proyecto y especialistas en adquisiciones y contrataciones, gestión financiera, arquitectura/construcción, tecnología de la información y operaciones, de conformidad con los términos de referencia acordados previamente con el Banco; y (ii) la aprobación del Manual de Operaciones del proyecto de acuerdo con las condiciones acordadas previamente con el Banco (véase el párrafo 3.3).				
<b>Condiciones contractuales especiales de la ejecución:</b> Consulte el Anexo B del Informe de Gestión Ambiental y Social ( <a href="#">IGAS</a> ) para ver las condiciones contractuales especiales de la ejecución.				
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna.				
Alineación estratégica				
<b>Desafíos<sup>(e)</sup>:</b>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>	
<b>Temas transversales<sup>(f)</sup>:</b>	GD <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input checked="" type="checkbox"/>	IC <input type="checkbox"/>	

(a) En virtud de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1), el prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones al calendario de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. Al considerar tales solicitudes, el Banco tomará en cuenta factores de carácter operativo y de gestión de riesgos.

(b) En virtud de las opciones de reembolso flexibles de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), es posible modificar el período de gracia siempre que no se excedan la vida promedio ponderada original y la última fecha de pago, tal como se estipulan en el acuerdo de préstamo.

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

(d) Limitaciones de desembolso. Conforme al documento AB-2990, el desembolso de los recursos del Banco (Capital Ordinario) estará sujeto a los siguientes límites: (i) hasta el 15% durante los primeros 12 meses; (ii) hasta el 30% durante los primeros 24 meses; y (iii) hasta el 50% durante los primeros 36 meses. Todos estos períodos se contarán a partir de la fecha en que el Directorio Ejecutivo apruebe la operación de préstamo (véase el párrafo 2.2).

(e) SI (Inclusión social e igualdad); PI (Productividad e innovación); y EI (Integración económica).

(f) GD (Igualdad de género y diversidad); CC (Cambio climático y sostenibilidad ambiental); e IC (Capacidad institucional y Estado de derecho).

## I. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS

### A. Antecedentes, problema abordado y justificación

#### 1. Contexto del sector de salud y perfil epidemiológico principal

- 1.1 **Suriname se encuentra en las etapas avanzadas de una transición epidemiológica**, caracterizadas por un marcado aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población general, mientras que persisten altas tasas de enfermedades transmisibles en subgrupos específicos de la población. Este contexto, al que las publicaciones denominan la doble carga de enfermedad, exige que las autoridades del sector de salud reorienten y fortalezcan su enfoque hacia un sistema renovado de atención primaria, que pueda ofrecer atención global e integrada para las enfermedades transmisibles y no transmisibles<sup>1</sup>.
- 1.2 **El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de proveer atención de salud a todos los ciudadanos.** El Ministerio de Salud tiene a su cargo las funciones de gobernanza a través de la Oficina Central (inspectorías, planificación y seguimiento) y de la Oficina de Salud Pública (vigilancia, salud ambiental, laboratorio nacional de referencia, programas para enfermedades y poblaciones específicas). En 2014, Suriname dispuso que todos los habitantes contaran con un seguro de salud, provisto por una combinación de entidades públicas y privadas. Alrededor del 78% de la población tiene cobertura a través del seguro público (el Fondo Estatal del Seguro de Salud - SZF, al que están afiliados principalmente los funcionarios públicos y las personas pobres y casi pobres) o de un seguro privado (el 2% del total de asegurados)<sup>2</sup>. Desde 2014, el gasto total de salud y de salud pública como proporción del PIB se sitúa en torno al 6% y 3%, respectivamente, un nivel inferior al promedio de otros países de ingreso medio-alto en la región de América Latina y el Caribe (7% y 4%)<sup>3</sup>.
- 1.3 **La oferta de servicios de salud se concentra en la zona costera norte, donde reside el 85% de la población**<sup>4</sup>. La atención primaria financiada por el Ministerio de Salud en esa zona (el eje central del presente programa) es provista por los Servicios de Salud Regionales a través de una red de 43 establecimientos de atención primaria general. Alrededor de 146 clínicas privadas brindan atención a las personas que tienen cobertura del SZF o de un seguro privado o que pagan por su cuenta. La prestación de servicios de atención secundaria y terciaria está a cargo de cinco hospitales, cuatro ubicados en Paramaribo y uno en Nickerie. La atención especializada para pacientes ambulatorios se brinda a través de policlínicos afiliados a establecimientos hospitalarios.
- 1.4 **En 2016, las enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiopatías, la enfermedad renal crónica, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y el cáncer, representaron la principal causa de muerte (75,7% del total) y de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (66,9% del total) y el 50%**

---

<sup>1</sup> Geneau R. et al. *Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process*. Lancet, 2010 Nov 13;376(9753):1689–98.

<sup>2</sup> No hay información disponible sobre la situación de cobertura del 20% restante de la población.

<sup>3</sup> Banco Mundial (2017). Suriname. Datos extraídos el 8 de mayo de 2018 de <https://data.worldbank.org>.

<sup>4</sup> En 2016 la población total estimada era de 558.386 habitantes.

**de los casos de muerte prematura, para todas las edades**<sup>5</sup>. El 19% de la población total de entre 15 y 64 años ha sido diagnosticada con una enfermedad crónica no transmisible (el 21% de las mujeres y el 17% de los hombres)<sup>6</sup>. Esas enfermedades son consecuencia del envejecimiento poblacional y de factores determinantes de índole social (urbanización, globalización, pobreza y falta de educación), los que contribuyen al desarrollo de entornos insalubres que se correlacionan con un aumento de los factores de riesgo relacionados con el comportamiento para las enfermedades crónicas no transmisibles. Según la encuesta STEPS de Suriname de 2013<sup>7</sup>, dos tercios de la población de entre 15 y 64 años de edad (aproximadamente 232.000 personas) tienen de uno a dos factores de riesgo para estas enfermedades y el tercio restante, entre tres y cinco. Casi el 30% de los adultos y entre el 40% y el 50% de la población de más de 55 años padecen de hipertensión arterial; el sobrepeso y la obesidad afectan al 18% de los hombres, el 31% de las mujeres y el 26% de los niños de entre 13 y 15 años. Solo el 56% de la población cumple los niveles de ejercicio recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Otros riesgos, como el tabaquismo y el consumo de alcohol, son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres (35% frente a 6,5% y 73% frente a 43%).

- 1.5 **Además de los impactos en materia de salud, los datos mundiales y de la región del Caribe indican que las enfermedades crónicas no transmisibles tienen consecuencias económicas negativas.** Sus impactos económicos incluyen, a nivel del hogar, la pérdida de ingresos y el aumento de los gastos corrientes y, a nivel nacional, la pérdida de mano de obra calificada y de productividad, una menor competitividad y un mayor gasto público en el sector social y de salud<sup>8</sup>. Habida cuenta de los niveles elevados de exposición a los factores de riesgo de estas enfermedades en Suriname, a menos que se reviertan las tendencias actuales, es probable que supongan una carga adicional para los servicios de atención de salud y una mayor presión sobre los costos relacionados, así como un deterioro adicional de los resultados de salud. En comparación con el resto del Caribe, los años de vida ajustados por discapacidad a causa de la diabetes y la enfermedad renal crónica casi duplican el promedio regional y vienen aumentando a un ritmo mayor<sup>9</sup>. En el período 2005-2016, la incidencia (nuevos casos) de diabetes, cardiopatía isquémica y enfermedad renal crónica en Suriname aumentó 39%, 19% y 24%, respectivamente<sup>10</sup>. Los niveles elevados de azúcar en sangre constituyen el principal factor de riesgo detrás de la mayoría de las muertes y discapacidades combinadas.

---

<sup>5</sup> Institute of Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease*, 2016.

<sup>6</sup> Resultados del estudio STEPS, una encuesta de hogares basada en muestreo estratificado multietapa de representación nacional sobre las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo asociados. Departamento de Salud Pública. Universidad Anton de Kom de Suriname 2016. *Chronic Disease Risk Factor Surveillance. Data Book for Suriname*.

<sup>7</sup> Véase más arriba. Las encuestas STEPS de Trinidad y Tobago y de Barbados presentan niveles similares de exposición a los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

<sup>8</sup> Banco Mundial. *NCDs in the Caribbean: The New Challenge for Productivity and Growth*. Caribbean Knowledge Series No.78596, Banco Mundial; 2013. El gasto en hipertensión y diabetes como porcentaje del PIB fue del 1,4% para las Bahamas, 5,3% para Barbados, 5,9% para Jamaica y 8,0% para Trinidad y Tobago.

<sup>9</sup> Los años de vida ajustados por discapacidad a causa de la diabetes y la enfermedad renal crónica son 1.828 y 1.033, respectivamente, frente al promedio regional de 938 y 591.

<sup>10</sup> Institute of Health Metrics and Evaluation. Estadísticas de Suriname: <http://www.healthdata.org/suriname>

- 1.6 **En el otro extremo de la doble carga de enfermedad, el avance en el control de las enfermedades transmisibles ha sido más notable y el mejor ejemplo es el de la malaria.** Suriname ha dejado de ser el país con el mayor índice parasitario anual en América para situarse en el umbral de eliminación. La región costera es zona libre de malaria desde 1968 y en el período 2001-2016 el Programa contra la Malaria logró la eliminación casi total de la enfermedad en localidades residenciales del interior<sup>11</sup>. Suriname ha alcanzado la meta de regresión de la malaria y la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y pasó de 12.197 casos en 2001 a un mínimo de 352 en 2016, de los cuales 86 fueron casos autóctonos (transmitidos localmente)<sup>12</sup>. No obstante, el avance se ha detenido debido a focos de infección originados en el movimiento transfronterizo de trabajadores itinerantes ilegales provenientes de pequeñas comunidades dedicadas a la minería aurífera en la zona del Escudo Guayanés<sup>13 14</sup>. De las 11.381 personas que concurren a establecimientos nacionales de salud en 2016, 538 (el 4,7%) dieron positivo en los exámenes de infección de malaria y, de estos, el 92,6% fueron casos importados<sup>15</sup>. Por ende, si bien los años de vida ajustados por discapacidad a causa de la malaria han disminuido (0,05% del total), existe tanto una oportunidad para eliminar la enfermedad como un riesgo de que reaparezca en las poblaciones pobres si no se ponen en marcha actividades adecuadas para su eliminación. La población dedicada a la minería aurífera también se ve afectada por otras enfermedades transmisibles como el VIH (la prevalencia de VIH entre los surinameses adultos de entre 15 y 49 años es de 1,4%, mientras que el promedio para América Latina y el Caribe es de 0,51%).

## **2. Desafíos institucionales y en la prestación de servicios**

- 1.7 **El Ministerio de Salud enfrenta desafíos institucionales para reducir la doble carga de enfermedad.** En virtud de acuerdos internacionales que se suscribieron tras la Reunión de Alto Nivel de 2011 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, Suriname se comprometió a implementar un conjunto de medidas de política para mitigar el impacto de esas enfermedades y reducir su tendencia ascendente. Esas medidas están formuladas en el Plan de Acción Nacional para la Prevención y el Control de las enfermedades crónicas no transmisibles (2015-2020), que hace hincapié en el uso de intervenciones eficaces en función del costo para reducir el riesgo y mejorar la prevención y el manejo de la enfermedad, el fortalecimiento del seguimiento y la vigilancia y la habilitación de sistemas de prestación de servicios de salud para responder a esas enfermedades. Aun así, según una evaluación de la OMS realizada en 2017 para medir los avances en el cumplimiento de esos compromisos, Suriname se encuentra rezagado, ya que cumple solo 8 de los 19 indicadores de avance medidos<sup>16</sup>. Los obstáculos institucionales para la implementación de la política del Ministerio de Salud ya fueron documentados en varios programas de salud previstos anteriormente para su ejecución en Suriname y en el último informe

<sup>11</sup> Van Eer E., Bretas G. y Hiwat H. *Decreased endemic malaria in Suriname: moving towards elimination*. Malaria Journal (2018) 17:56 <https://doi.org/10.1186/s12936-018-2204-x>.

<sup>12</sup> Hiwat H. et al. *Malaria epidemiology in Suriname from 2000 to 2016: opportunities and challenges for elimination* (en preparación).

<sup>13</sup> La zona comprende Suriname, Guyana y la Guyana Francesa.

<sup>14</sup> Véase Hiwat H. et al. más arriba.

<sup>15</sup> El 95,6% de los casos importados de malaria se originaron en la Guyana Francesa.

<sup>16</sup> OMS, 2017, Informe del Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT.



sobre la evaluación del programa de país de la Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE), e incluyen los siguientes: (i) limitada capacidad institucional del Ministerio de Salud relacionada con mecanismos de gobernanza deficientes; (ii) sistemas y procesos de gestión obsoletos; y (iii) deficiencias en la capacitación en el ramo<sup>17</sup>.

- 1.8 **La falta de datos y de sistemas de información digital en Suriname es un gran impedimento transversal para formular políticas eficaces y para la rendición de cuentas**<sup>18</sup>. Suriname integra el grupo de países de América Latina y el Caribe que menos utilizan información estadística para la toma de decisiones<sup>19</sup>. Con respecto a la información sanitaria, no se recopilan o es difícil acceder a datos epidemiológicos básicos y sobre producción de servicios, costos y desempeño del sistema, ya que se encuentran en compartimentos estancos debido a la fragmentación de la información entre las zonas costeras y del interior, los hospitales y las clínicas individuales, los programas verticales y los sistemas centralizados y los servicios de salud públicos y privados. Los datos sobre los determinantes sociales de la salud correspondientes a otros sectores no están vinculados actualmente con el sistema de información sanitaria. Tampoco se utilizan normas, lo que afecta la calidad de los datos. En el plano nacional, no se dispone de información exacta y actualizada sobre el estado del sistema de información sanitaria del país; la evaluación más reciente fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2007. Las deficiencias en materia de datos oportunos y de calidad, que estén disponibles tanto local como centralmente, sumadas a la capacidad limitada para interpretar los datos, afectan en definitiva la capacidad del Ministerio de Salud para utilizar información para la toma de decisiones, por lo que los sistemas de información resultan inadecuados para la vigilancia de las enfermedades y la planificación, el seguimiento y la evaluación de la salud pública. Por ejemplo, la disponibilidad/integridad total de la información para medir los avances de Suriname en la implementación del Plan de Acción Nacional antes descrito es inferior al 35%<sup>20</sup>.
- 1.9 **Las instalaciones actuales de la sede del Ministerio de Salud no ofrecen las condiciones necesarias para que el personal lleve a cabo las funciones básicas en un entorno saludable, seguro y accesible.** Las oficinas de la sede y los servicios centrales, que el Ministerio de Salud opera y administra en forma directa, están ubicados actualmente en distintos edificios distribuidos en la ciudad de Paramaribo. La sede principal, una estructura construida totalmente en madera, presenta graves problemas de mantenimiento y déficits estructurales, carece de sistemas antincendios y de refrigeración y es inaccesible para las personas con discapacidades. Las condiciones edilicias de otras oficinas y servicios centrales del Ministerio presentan diversos grados de deterioro y en algunos casos están abandonadas e infestadas de plagas (véase el diagnóstico detallado en el [Análisis Técnico](#)). En una encuesta realizada por el BID entre los empleados del Ministerio de Salud en mayo de 2018, se clasificó a la infraestructura, en promedio, como

---

<sup>17</sup> BID. Evaluación del Programa de País de Suriname, 2016, Informe de OVE.

<sup>18</sup> Véase más arriba y BID. Documento sobre desafíos de desarrollo del país, Suriname, 2016.

<sup>19</sup> Russell y Muñoz 2015. Un estudio exploratorio para medir el uso de las estadísticas en el diseño de política pública. BID. Documento de discusión. IDB-DP-374.

<sup>20</sup> OMS, 2017. Informe del Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT. El informe de la OMS sobre el seguimiento de los avances en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles mide el grado de implementación de los compromisos de los estados miembros de la OMS con las respuestas nacionales a esas enfermedades, sobre la base de indicadores de avance acordados.

deficiente en todos los aspectos<sup>21</sup>. Por otro lado, los empleados dedican casi siete horas por semana a asistir a reuniones fuera del edificio, de lo que se desprende que la distancia física entre los establecimientos dificulta la comunicación y el trabajo en equipo y afecta la productividad debido a la pérdida de tiempo invertido en desplazarse.

- 1.10 **La organización actual de la red y el modelo de atención de salud es insuficiente para ofrecer los servicios de calidad necesarios para afrontar el desafío de las enfermedades crónicas no transmisibles.** Por lo general, estas enfermedades requieren un manejo prolongado, con un alto grado de participación del paciente y la coordinación de varios proveedores de servicios de salud. La gama completa de actividades de atención de las enfermedades comprende estrategias de prevención primaria (prevenir la aparición de la enfermedad reduciendo la exposición a los factores de riesgo), prevención secundaria (prevenir el desarrollo completo de la enfermedad mediante la detección temprana de los síntomas y el tratamiento de los casos diagnosticados), tratamiento y rehabilitación de los casos graves (por ejemplo, cirugía cardíaca) y tratamientos paliativos. Debido al costo elevado del tratamiento de los casos graves, los enfoques exitosos de manejo y control de las enfermedades crónicas no transmisibles hacen hincapié en la prevención primaria y secundaria. No obstante, en Suriname, una gran proporción de recursos, entre un 40% y un 50% del gasto del Ministerio de Salud, se destinan a los niveles de atención secundaria y terciaria.
- 1.11 **El perfil de enfermedad de los pacientes que recurren a los hospitales indica que el nivel de atención primaria no ha alcanzado todo su potencial para responder a las necesidades de prevención primaria y secundaria de las enfermedades crónicas no transmisibles.** En 2016, de las 23.000 hospitalizaciones realizadas en el Hospital Académico, al menos el 10% correspondieron a condiciones sensibles a la atención ambulatoria, es decir, condiciones para las cuales la hospitalización podría potencialmente evitarse por medio de una atención primaria de calidad capaz de prevenir su aparición, atender un episodio agudo o brindar un tratamiento adecuado de largo plazo. Cerca del 70% de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria se debieron a enfermedades cardíacas y pulmonares crónicas y a diabetes, lo que indica que no se hace un manejo eficaz de las afecciones crónicas en el nivel de atención primaria en Suriname. Otra prueba de esta afirmación es la alta prevalencia de complicaciones por diabetes no tratada, como las amputaciones de las extremidades inferiores y la insuficiencia renal crónica. La mala coordinación, la falta de continuidad y de integración de la atención y los obstáculos organizacionales para el acceso son factores comunes causantes de estos problemas<sup>22</sup>. Por otra parte, no existen directrices en materia de prevención y niveles de atención o hay una variación importante en su aplicación. Por ejemplo, el 42% y el 50% de la población de entre 15 y 64 años, respectivamente, no se ha realizado exámenes de detección de niveles elevados de glucosa en sangre o tensión arterial y solo el 48% y el 20%, respectivamente, de las personas diagnosticadas con diabetes recibieron asesoramiento nutricional o se realizaron

---

<sup>21</sup> Dimensiones evaluadas: luz natural y artificial, temperatura, espacio (m<sup>2</sup>), muebles, arte y plantas ornamentales, salas de reunión y salón comedor, servicios sanitarios, áreas de esparcimiento y recreación, facilidad para ingresar y desplazarse dentro del edificio, equipamiento, estacionamiento, protección contra incendios.

<sup>22</sup> OPS 2014. Perfil de País: Suriname.

exámenes de los pies durante el último año<sup>23</sup>. La prestación eficaz de servicios para las enfermedades crónicas no transmisibles también se ve afectada por la escasez de personal médico entrenado y por limitaciones en las instalaciones, que funcionan a plena capacidad debido a infraestructura y equipamiento médico obsoletos y mal mantenidos. La limitada disponibilidad de datos para informar a los niveles centrales obedece a una infraestructura deficiente de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), falta de registros médicos electrónicos y escasa interoperabilidad de los sistemas de información existentes<sup>24</sup>.

- 1.12 **Ha habido innovaciones en la provisión de atención para las enfermedades crónicas no transmisibles, pero esos esfuerzos siguen siendo de pequeña escala y revelan desafíos adicionales.** En 2013, se inauguraron dos policlínicos (denominados centros de atención integral) en las localidades de Paramaribo y Nickerie, con el objeto de brindar atención integral multidisciplinaria de alta calidad y centrada en el paciente para quienes padecen diabetes. De acuerdo con las directrices establecidas, los pacientes se someten a una evaluación integral de su estado de salud y exámenes de detección de riesgos y reciben un plan individualizado de atención y seguimiento, que incluye controles de los pies y de la vista y asesoramiento psicológico y nutricional. También se ofrece un módulo de educación a los pacientes, cuyo objeto es incrementar los conocimientos sobre el autocontrol de la diabetes y las habilidades prácticas relativas a nutrición y cocina. La evaluación previa y posterior de los centros de atención integral tras tres años de funcionamiento indica que alrededor de un 30% más de pacientes alcanzaron el nivel meta de glucosa en sangre y ninguno tuvo complicaciones en los pies<sup>25</sup>. Los centros prestaron servicios a más de 3.000 pacientes diabéticos por año, lo que representa cerca del 10% de la población estimada de diabéticos. La implantación de estos centros enfrentó desafíos específicos en materia de procesos clínicos y asuntos relacionados con la información y los datos<sup>26</sup>. Los pacientes no cuentan con identificadores únicos y están duplicados en el sistema, lo que genera atención innecesaria y plantea desafíos para la coordinación de la atención. Asimismo, las deficiencias en la puntualidad y los flujos de información para una programación adecuada se traducen en altas tasas de abandono de las intervenciones programadas (el 90% de los pacientes no concurren a una serie de exámenes anuales), lo que pone de relieve la necesidad de contar con herramientas TIC adecuadas y realizar mejoras en los procesos.
- 1.13 **Es necesario abordar los factores a nivel de los pacientes a efectos de lograr su empoderamiento exitoso para el cambio de comportamientos riesgosos y la mejora del autocontrol de las enfermedades crónicas no transmisibles.** Como ya se señaló, en función de la experiencia de los centros de atención integral, las altas tasas de abandono de los controles de seguimiento y el hecho de que menos de la mitad de los pacientes completan los módulos de educación sobre diabetes pueden indicar que la utilización de los servicios para prevenir y manejar estas enfermedades quizás se vea afectada en forma negativa por barreras culturales y de género. Los datos a nivel nacional demuestran que, comparados con las mujeres, los hombres en Suriname son menos propensos a recurrir a servicios de salud preventiva y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de realizarse

---

<sup>23</sup> Encuesta STEPS.

<sup>24</sup> Véase OPS 2014.

<sup>25</sup> ACSION, 26 de octubre de 2016. *Lessons from Case Studies in Value Healthcare*. Bonaire.

<sup>26</sup> Informe anual de 2016. Centro de atención integral de Paramaribo.

exámenes de detección o tratamientos para enfermedades crónicas no transmisibles, y que los hombres que padecen estas enfermedades realizan una consulta en el sistema de atención de salud en una etapa posterior, lo que genera más complicaciones, como la enfermedad renal crónica y amputaciones<sup>27</sup>.

- 1.14 **Los factores de carácter individual, como la falta de conocimientos y las barreras de acceso, también hacen que las comunidades dedicadas a la minería aurífera sean vulnerables a las enfermedades transmisibles como la malaria y el VIH.** Esas comunidades son muy vulnerables a la malaria y otras enfermedades crónicas como el VIH en razón de su ubicación remota, la pobreza y sus hábitos y tradiciones. Por ejemplo, según estudios realizados en el marco del Programa contra la Malaria, hay poco conocimiento sobre las potenciales amenazas a la salud derivadas de la malaria y el porcentaje de posesión y uso de mosquiteros es bajo. El comportamiento insuficiente de búsqueda de servicios de salud está asociado al autotratamiento y a la baja adhesión al tratamiento, factores que contribuyen a la existencia de altas tasas de transmisión y a la farmacoresistencia del parásito de la malaria<sup>28 29</sup>. Asimismo, en un estudio de 2012 se constató que el 70% de los mineros tenían poco o ningún conocimiento sobre el VIH y casi la mitad no sabía dónde dirigirse para realizarse exámenes u obtener apoyo médico o socioemocional. Por otro lado, la gran rotación de los mineros en las zonas de alto riesgo complica la vigilancia y el seguimiento de la prevalencia de la enfermedad y la eficacia de las intervenciones, dado que no hay estimaciones confiables sobre el tamaño de la población, los riesgos y los comportamientos de búsqueda de servicios de salud.
- 1.15 **La capacidad del lado de la oferta también constituye un desafío para las enfermedades transmisibles.** El mantenimiento de la capacidad de prevención y respuesta se ve amenazado por la pérdida de conocimientos especializados en el manejo de la malaria entre los profesionales de la salud, en vista del muy reducido número de casos. Además, la capacidad de vigilancia se puede ver comprometida porque los microscopistas que trabajan en los hospitales, centros médicos y laboratorios prácticamente nunca ven láminas positivas para malaria y corren el riesgo de perder sus aptitudes para la detección de casos.

### **3. Estrategia del programa**

- 1.16 **En un contexto de restricciones fiscales, el Gobierno de Suriname busca estrategias eficaces en función del costo para manejar este perfil epidemiológico completo y establecer una senda sostenible para mejorar su sistema de salud.** A fin de reducir la tasa de enfermedades crónicas no transmisibles y afrontar los focos persistentes de alta prevalencia de las enfermedades transmisibles, la experiencia internacional recomienda centrarse en el refuerzo de los servicios de atención primaria de la salud que ofrecen asistencia integral. El apoyo de esta estrategia mediante el fortalecimiento de las funciones técnicas y de política básicas y soluciones digitales y de tecnologías de la información del lado de la oferta y de la demanda puede posibilitar y acelerar una implementación exitosa.

---

<sup>27</sup> Véase más arriba.

<sup>28</sup> KAP study in Malaria vulnerable populations in Suriname, 2016. Informe del BID; National AIDS Programme. Behavioural surveillance survey & seroprevalence study among sex workers and their clients in small-scale gold mining areas, junio de 2012.

<sup>29</sup> Oficina de Salud Pública, 2014. *Malaria in Suriname Analysis of the Trends. Malaria Program.*

- 1.17 **Los planes de acción nacionales en el sector de salud servirán de plataforma para el fortalecimiento institucional.** Como ya se señaló, el Ministerio de Salud elaboró un plan de acción para las enfermedades crónicas no transmisibles con el objeto de coordinar las medidas de política para abordar dichas enfermedades y sus factores de riesgo, lo que comprende el seguimiento, la vigilancia y la evaluación como ámbitos estratégicos prioritarios. Las medidas incluyen la creación de registros de enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer y enfermedad renal crónica) y la realización de encuestas sobre los factores de riesgo basadas en el modelo STEPS. El gobierno también formuló el Plan Estratégico Nacional de Eliminación de la Malaria 2018-2022, que se centra en el examen, tratamiento y seguimiento de todos los casos y el fortalecimiento de los sistemas de información sobre la malaria. Para avanzar en estos planes se necesitan medidas transversales a nivel nacional, partiendo de una evaluación de la madurez del ecosistema de información sobre salud en el país en cinco ámbitos clave: liderazgo y gobernanza; gestión y fuerza laboral; infraestructura TIC; normas e interoperabilidad; y calidad y uso de los datos. También es necesario hacer un relevamiento de la arquitectura actual del sistema de información sanitaria para identificar adecuadamente las necesidades y subsanar las limitaciones de información para una implementación eficaz del plan de acción para las enfermedades crónicas no transmisibles. Ese diagnóstico servirá de base para diseñar una hoja de ruta para la mejora transversal del ecosistema y la selección de medidas prioritarias que se han de implementar a nivel ministerial y de la prestación de servicios, con beneficios para las enfermedades transmisibles y no transmisibles. El programa se basará en las lecciones prácticas aprendidas de la Iniciativa Salud Mesoamérica del BID en cuanto al relevamiento de los flujos de información para mejorar el uso de los sistemas de información de rutina y la creación de un entorno reflexivo para una supervisión en la que prime la colaboración y la mejora de la calidad.
- 1.18 **La ubicación en el mismo lugar físico y un ambiente interior tienen impacto en la productividad de los empleados.** Según estudios realizados en Brasil y los Estados Unidos, la proximidad física de los empleados facilita el trabajo multisectorial al mejorar la comunicación, el intercambio de información y la cohesión de equipo, fomentar una cultura de trabajo colaborativo y generar mayor eficiencia, eficacia en la toma de decisiones y productividad<sup>30</sup>. En contextos de clima cálido como el de Suriname, hay pruebas de que un ambiente interior (ruido, iluminación, temperatura y presencia de ventanas) tiene un influencia positiva en las actitudes, los comportamientos, la satisfacción y el desempeño laboral de los empleados<sup>31</sup>. La intervención sobre estos factores, al concentrar todas las oficinas y servicios centrales del Ministerio de Salud en un solo lugar y mejorar las condiciones físicas de trabajo, le proporcionará al personal un entorno que favorecerá un mejor desempeño de sus funciones.
- 1.19 Una mayor eficacia en el manejo y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en Suriname se logrará mediante la ampliación del modelo de

---

<sup>30</sup> Zenun M.M.N., Loureiro G. y Araujo C.S. (2007). *The Effects of Teams' Co-location on Project Performance*. En: Loureiro G., Curran R. (editores) *Complex Systems Concurrent Engineering*, Springer. Londres; Teasley, S.D., Covi, L., Krishnan, M.S. y Olson, J.S. (2000). *How does radical collocation help a team succeed?* CSCW.

<sup>31</sup> Kamarulzaman et al. (2011). *An Overview of the Influence of Physical Office Environments Towards Employee*. *Procedia Engineering*, Volumen 20, 2011, páginas 262-268; Niemelä et al. (2002). *The effect of indoor air temperature on labour productivity in call centres – a case study*. *Energy and Buildings*. 34: 759-764.

atención crónica en el marco de la atención primaria<sup>32 33</sup>. El principio de este modelo es la atención centrada en el paciente, lo que significa que los pacientes reciben un tratamiento holístico (es decir, que considera el contexto, todos los problemas de salud y las necesidades) y apoyo para aprender a autocontrolar su afección<sup>34</sup>, mientras que los servicios de salud tienen recursos que les permiten una toma de decisiones eficaz y la continuidad de la atención. La red de prestación está configurada para brindar atención primaria multidisciplinaria, con cobertura para toda la población, actuando como un portal al sistema, que integra y coordina la atención de salud en los distintos niveles, incluida la comunidad<sup>35</sup>. Los datos demuestran que, en este contexto, la interacción entre los pacientes informados y comprometidos y los equipos proactivos de atención primaria mejora los resultados clínicos en forma sostenible y sistemática<sup>36 37</sup>. Los resultados de los ensayos aleatorios controlados realizados sobre modelos de atención crónica en contextos de atención primaria en Europa<sup>38</sup> muestran que, en comparación con la atención usual de la diabetes, una mayor cantidad de pacientes alcanzaron las metas de tratamiento referidas a la tensión arterial y niveles de azúcar en sangre y colesterol. Las experiencias con un modelo similar al de los centros de atención integral en ocho países del Caribe revelan mejoras en los valores de referencia para el seguimiento de medidas de control de la glucosa en sangre y aumentos en la proporción de pacientes que reciben una práctica preventiva o que cumplen los indicadores de calidad de la atención<sup>39</sup>. En Suriname, la plataforma principal para la implementación del modelo de atención crónica está dada por las clínicas de atención integral. Habida cuenta de la creciente demanda y de los resultados logrados, el gobierno planea ampliar el modelo a la red de Servicios de Salud Regionales en otros distritos con el apoyo de este programa. Se considera que la diabetes es un caso ideal para la formulación de políticas generales sobre enfermedades crónicas. Muchos avances en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles se iniciaron a partir de pruebas piloto en la atención de la diabetes y posteriormente se extendieron, por ejemplo, a las enfermedades pulmonares y cardiovasculares<sup>40</sup>.

---

<sup>32</sup> Hansen, Johan et al., 2015. *Living in a country with a strong primary care system is beneficial to people with chronic conditions*. Health Affairs 34, no.9:1531-1537.

<sup>33</sup> Bodenheimer, Thomas, Edward H. Wagner y Kevin Grumbach. *Improving primary care for patients with chronic illness*, Jama 288, no.14 (2002):1775-1779.

<sup>34</sup> Mahomed, Ozayr Haroon y Shaidah Asmall. *Development and Implementation of an Integrated Chronic Disease Model in South Africa: Lessons in the Management of Change through Improving the Quality of Clinical Practice*. International Journal of Integrated Care 15 (2015).

<sup>35</sup> Gaudreault, Suzanne y Muhire Martin. *Applying the CMM to Health System Design in Low-resource Settings: Lessons from HIV Improvement Interventions*. Informe técnico, University Research Co., LLC (URC) 2013.

<sup>36</sup> Scholl, Isabelle et al. *An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis*, PLoS one 9, no. 9 (2014).

<sup>37</sup> Cramm, Jane Murray y Nieboer, Anna Petra. *Short and long-term improvements in quality of chronic care delivery predict program sustainability*. Social Science & Medicine Vol. 101 (2014):148-154.

<sup>38</sup> Bongaerts BWC, Müssig K., Wens J. et al. (2017). *Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis*, BMJ Open.

<sup>39</sup> OPS. *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*, Washington, D.C., OPS, 2013.

<sup>40</sup> Struijs, JN et al. *Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2012.

- 1.20 **La introducción de herramientas digitales mejorará la eficiencia y sostenibilidad a medida que se amplíe la aplicación del modelo de atención crónica en Suriname.** Las investigaciones demuestran que las herramientas digitales realizan aportes importantes al suministro de atención crónica y al modelo de atención crónica en escala, cuando los pacientes y proveedores se conectan a través de un circuito de retroalimentación para compartir datos e información sobre el paciente, comparar esa información con normas basadas en datos empíricos, proporcionar atención personalizada y oportuna al paciente y dar seguimiento a los resultados por medio de una retroalimentación y una interacción periódicas<sup>41 42</sup>. En el núcleo del sistema de información clínica, los registros de salud electrónicos ofrecen la posibilidad de perfeccionar la práctica clínica al reducir los incidentes o errores del personal, mejorar el proceso de detección automatizada de afecciones, hacer un seguimiento más eficaz de las infecciones y optimizar la continuidad de la atención durante los trasposos de médicos<sup>43</sup>. El uso de herramientas de salud móvil (mensajes SMS, recordatorios de medicación, seguimiento de síntomas, herramientas educativas) dirigidas a los grupos de bajos ingresos, edad avanzada y minoritarios ha facilitado la comunicación entre el paciente y el proveedor para aumentar la adhesión y ha disminuido la carga del desplazamiento para el prestador de servicios de salud. Por otra parte, las herramientas de salud móvil han permitido realizar un mejor manejo y han incrementado la confianza de los pacientes para el seguimiento de las enfermedades crónicas, al hacerlos sentir que tienen el control y fortalecer sus mecanismos para afrontar la situación<sup>44</sup>. La telesalud, o el diagnóstico y tratamiento remotos de los pacientes usando TIC, ha demostrado ser eficaz en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes y la enfermedad renal crónica, y se considera un recurso poderoso para mejorar los resultados de salud y la calidad de la atención y promover el compromiso y el autocontrol de los pacientes<sup>45</sup>. La baja aceptación de la educación en materia de diabetes es un problema mundial, con tasas de inasistencia que van del 30% al 93% en diversos contextos; se ha demostrado que los enfoques innovadores, como los mensajes de texto, el correo electrónico a medida y la telemedicina, aumentan considerablemente la aceptación en las poblaciones vulnerables de las comunidades urbanas y rurales<sup>46</sup> y, dado que los abonos a la telefonía celular son numerosos en Suriname (141,3 por cada 100 habitantes), la salud móvil y la telemedicina pueden ofrecer una oportunidad para mejorar la adhesión de los pacientes y ayudar en el seguimiento.

---

<sup>41</sup> Gee, P.M., Greenwood, D.A., Paterniti, D.A., Ward, D. y Miller, L.M.S. (2015). *The eHealth enhanced chronic care model: A theory derivation approach*. Journal of Medical Internet Research, 17(4), e86.

<sup>42</sup> Lecciones aprendidas de la Iniciativa Salud Mesoamérica, que incluyen el diseño intencional de flujos de información que vuelven al sistema no solo para propiciar informes oportunos y de calidad sino también para su uso en los primeros niveles de atención.

<sup>43</sup> Reis, Z. et al., 2017. *Is There Evidence of Cost Benefits of Electronic Medical Records, Standards, or Interoperability in Hospital Information Systems? Overview of Systematic Reviews*. JMIR Medical Informatics, 5(3), e26.

<sup>44</sup> Hamine, S., Gerth-Guyette, E., Faulx, D., Green, B.B. y Ginsburg, A.S. (2015). *Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: A systematic review*. Journal of Medical Internet Research, 17(2).

<sup>45</sup> Véase más arriba.

<sup>46</sup> G. Horigan et al., 2016. *The reasons patients referred to Diabetes Education programmes choose not to attend: - a systematic review*. Institute of Nursing & Health Research, Universidad de Ulster. Digital health in the Americas, OPS, 2017.

- 1.21 **En el control de la malaria, la atención se centrará en sostener los niveles de eliminación, prevenir la reintroducción y los brotes en las zonas libres de malaria y contener la farmacoresistencia.** El avance notable en la eliminación de la malaria en Suriname se logró mediante la aplicación de las prácticas óptimas generadas por la OMS e instituciones asociadas<sup>47</sup>. La disminución constante del número de casos de malaria es un indicio de la eficacia del enfoque, pero hay que seguir trabajando en la población minera de difícil acceso, que va y viene entre zonas endémicas y otras en las que la enfermedad se ha eliminado. A tal efecto, el Fondo Mundial está financiando el Programa contra la Malaria con recursos no reembolsables por un plazo de tres años desde abril de 2018, con el objeto de combatir la malaria en las zonas mineras del interior. El eje principal es la capacitación de proveedores de servicios para la atención de la malaria<sup>48</sup> y la detección activa de casos. El programa del BID complementará ese apoyo con otras acciones no financiadas por el Fondo Mundial. Uno de los ámbitos de apoyo estará dirigido a actividades de difusión y participación comunitaria, incluido el diseño y la implementación de estrategias culturalmente sensibles de comunicación para el cambio de comportamiento con el fin de aumentar el uso de mosquiteros y mejorar el comportamiento de búsqueda de servicios de salud y adhesión al tratamiento por la población en riesgo, así como lograr la participación activa de la comunidad para la eliminación de la malaria. El diseño y la implementación de esas estrategias se basarán en estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas y tendrán como complemento una capacitación pertinente en materia de difusión y la distribución de mosquiteros. Un segundo ámbito de apoyo se centrará en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia por medio de la creación de capacidad y la modernización de los equipos para la recopilación, el procesamiento y el análisis de los datos en los laboratorios nacionales y locales y el diseño de normas de calidad y directrices para la detección activa de casos.
- 1.22 **Los protocolos integrados para el control de las enfermedades transmisibles potenciarán el éxito de los esfuerzos de eliminación de la malaria para llegar a las poblaciones en riesgo a causa de otras enfermedades transmisibles.** En el Programa contra la Malaria existen otras oportunidades de lograr eficiencias de alcance, dado que está dirigido a una población que está en riesgo por infección de VIH. La base central del programa en las zonas mineras es la red de proveedores de servicios para la atención de la malaria, los que a menudo son los únicos proveedores de servicios de salud en las áreas remotas. El programa también proporciona servicios gratuitos relacionados con la malaria en los centros denominados TropClinic en Paramaribo, que ofrecen servicios de asesoramiento y prueba de detección del VIH desde 2015. El enfoque adicional del programa en VIH se basa en recomendaciones de estudios anteriores sobre conocimientos, actitudes y prácticas dirigidas a establecer una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento con mensajes que alienten prácticas de sexo seguro y concienticen sobre el VIH, adaptados a la etnicidad, idioma, nivel educativo y movilidad de la

---

<sup>47</sup> Suriname forma parte de la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA) y de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria.

<sup>48</sup> Los proveedores de servicios para la atención de la malaria son personas originarias de las zonas de minería artesanal capacitadas y supervisadas por el Programa contra la Malaria.



población minera<sup>49 50</sup>. En consonancia con las directrices de la OMS para el control del VIH, la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento se complementará con apoyo para el asesoramiento y las pruebas de detección de VIH como punto de entrada para servicios de tratamiento proporcionados a través de la red de proveedores de servicios para la atención de la malaria. Con un enfoque similar, Suriname ha conseguido una prueba de detección de VIH casi universal en su programa de tuberculosis y entre las mujeres embarazadas<sup>51</sup>. Además, el programa incluirá el diseño y la implementación de una estrategia de integración de servicios de VIH en el Programa contra la Malaria, que se apoyará en estudios sobre el tamaño de la población, la movilidad y las necesidades en materia de salud de la población minera. El uso del sistema del Programa contra la Malaria para proveer servicios integrados a una población que, de lo contrario, apenas tiene acceso a servicios de salud regulares le permite al Ministerio de Salud aplicar un enfoque eficiente para afrontar las enfermedades transmisibles, utilizando los recursos humanos, físicos y logísticos disponibles.

- 1.23 **Sinergias con otros programas del BID contra la malaria.** Recientemente, el BID puso en marcha la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica (IREM), que respaldará la eliminación de la malaria en otros países de la región. Se llevará a cabo un intenso trabajo de colaboración e intercambio de información para incluir actividades conjuntas de creación de capacidad y compartir enfoques, herramientas y parámetros de medición desarrollados y probados en el marco de este programa y de la IREM.
- 1.24 **Apoyo del Banco al sector de salud y lecciones aprendidas.** El Banco financió un préstamo para un Programa de Reforma del Sector de Salud (SU-0028) en 2004 y, más recientemente, dos operaciones de cooperación técnica, a saber, Apoyo a la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (SU-T1062) y Apoyo al Programa de Detección Activa de Casos de Paludismo (SU-T1072). Estas operaciones brindaron lecciones clave que se incorporaron en el diseño del presente programa, entre las que se incluyen (i) la necesidad de fortalecer la capacidad de supervisar la implementación, el seguimiento y la evaluación del proyecto, y la coordinación de los componentes, lo que se abordará por medio de un acuerdo con el Ministerio de Salud para establecer una unidad de ejecución del programa específica y de los mecanismos de seguimiento y evaluación propuestos (véanse los párrafos 2.6 y 3.2); (ii) el reconocimiento de que la coordinación exitosa de la asistencia a los pacientes en todas las etapas de la atención sanitaria es crucial para una prestación de servicios oportuna y eficaz y, por ello, la mejora continua de la calidad y las TIC son elementos clave en el Subcomponente 1.2 y el Componente 2, en vista de la necesidad de contar con un sistema de información sanitaria para coordinar la atención en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles; y (iii) la eficacia en la adaptación de las estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en el ámbito de la malaria a las características

---

<sup>49</sup> Heemskerk M, Duijves C., 2012. *Looking for gold, finding malaria Assessment of changes in malaria-related knowledge, attitudes, and practices resulting from the MOH malaria program in small-scale gold mining areas in Suriname* (resultados del estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas).

<sup>50</sup> Heemskerk M, Duijves C., 2018. *Gold miners' knowledge attitude and practices with regard to malaria in Suriname* (resultados del estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas).

<sup>51</sup> Ministerio de Salud. *Suriname HIV epidemiological profile (2000-2013)*. Organización Mundial de la Salud (2018); *Provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*.

de las comunidades que se dedican a la minería aurífera, que se ha incorporado en el diseño del Componente 3.

- 1.25 **Alineación estratégica.** Este programa es congruente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (documento AB-3008) y está alineado estratégicamente con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad al mejorar el acceso de la población a servicios de atención primaria de alta calidad. Está alineado con los temas transversales de igualdad de género y diversidad, al mejorar el acceso de mujeres y hombres a servicios de salud y a intervenciones de comunicación para el cambio de comportamiento en relación con las enfermedades y los riesgos que los afectan en forma desproporcionada. Contribuye al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (documento GN-2727-6), al aumentar el número de beneficiarios que reciben servicios de salud. Es pertinente para los ámbitos prioritarios de la Estrategia de País del Grupo BID con la República de Suriname 2016-2020 (documento GN-2873), a saber: (i) modernización del sector público, al fortalecer la capacidad del sector de salud para la formulación de políticas sobre la base de datos empíricos; y (ii) protección del capital humano, al apoyar intervenciones que abordan las causas principales de la pérdida de años de vida saludables. La operación está incluida en el Informe sobre el Programa de Operaciones de 2018 (documento GN-2915) y es congruente con la Estrategia para una Política Social para la Igualdad y la Productividad (documento GN-2588-4). El programa está en consonancia con las siguientes prioridades del Marco Sectorial de Salud y Nutrición (documento GN-2735-7): (ii) que todas las personas tengan acceso oportuno a servicios de salud de calidad y (iv) que la gobernanza del sector de salud busque la eficiencia y el liderazgo de las autoridades sanitarias y promueva la coordinación intersectorial. También es congruente con el enfoque del Plan Nacional para el Sector de Salud (2011-2018), el Plan para enfermedades crónicas no transmisibles (2015-2020) y el Plan estratégico de eliminación de la malaria (2018-2029) del Gobierno de Suriname, al apoyar intervenciones que aumentan la prevención y reducen la doble carga de enfermedad.
- 1.26 **Cambio climático y sostenibilidad ambiental.** Este programa contribuirá a mitigar los efectos del cambio climático al incorporar medidas de mitigación en todas las instalaciones que se han de renovar o construir<sup>52</sup>. Según el [Enfoque conjunto de los bancos multilaterales de desarrollo](#) para el seguimiento del financiamiento climático, el 22,3% del financiamiento total del BID para esta operación se traduce en actividades de adaptación al cambio climático y mitigación de sus efectos, lo que contribuye a la meta que se ha fijado el Grupo BID de que el 30% de las aprobaciones de operaciones del BID y la CII combinadas al final de 2020 correspondan a financiamiento relacionado con el cambio climático.
- 1.27 **Coordinación de los donantes.** Los donantes principales y sus esferas de trabajo específicas en el sector de salud de Suriname son los siguientes: (i) el Fondo Mundial, que actualmente financia programas dirigidos al VIH (específicamente destinados a trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, y jóvenes), tuberculosis (para ampliar el tratamiento y fortalecer la capacidad de diagnóstico en el país) y las actividades del Programa contra la Malaria en las zonas mineras del interior descritas anteriormente; (ii) la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), que en la actualidad financia la construcción de un hospital de atención

---

<sup>52</sup> El proyecto financiará la reutilización de edificios abandonados o subutilizados y la construcción de un edificio nuevo, incorporando criterios de diseño ecológico y medidas de mitigación (véase el [Análisis Técnico](#)).

secundaria y la compra de equipamiento médico para atención terciaria y para dispensarios de la Misión Médica; (iii) el Banco Islámico de Desarrollo, que actualmente financia la construcción de un hospital de atención terciaria y la capacitación especializada de los profesionales de la salud; y (iv) el Fondo OPEP para el Desarrollo Internacional (OFID), que financia, entre otros, la rehabilitación de clínicas de Servicios de Salud Regionales y un almacén farmacéutico. El equipo ha establecido una alianza con la OPS y la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), que brindan apoyo técnico a Suriname para desarrollar herramientas que permitan crear capacidad a nivel nacional para enfrentar las enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles.

## **B. Objetivo, componentes y costo**

- 1.28 El objetivo de este proyecto es contribuir a reducir la carga de enfermedad en Suriname mediante la mejora del acceso a servicios de atención primaria integrados de alta calidad y el aumento de la eficacia del sector de salud para enfrentar los desafíos epidemiológicos prioritarios. El programa se centrará en el financiamiento de estrategias para la prevención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles y para la eliminación de la malaria y la integración de servicios para otras enfermedades transmisibles prioritarias dentro del Programa contra la Malaria.
- 1.29 **Componente 1: Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para la formulación de políticas sobre la base de datos empíricos (monto estimado: US\$12,372 millones).** El objetivo de este componente es mejorar las plataformas del entorno físico y TIC de trabajo para que el Ministerio de Salud desempeñe sus funciones técnicas y de política básicas.
- 1.30 **Subcomponente 1.1. Mejora del sistema de información de salud (monto estimado: US\$4,300 millones).** El objetivo de este componente es mejorar el sistema de información de salud en Suriname. Con base en las conclusiones de la evaluación de las necesidades (véase el párrafo 3.11), el subcomponente financiará (i) asistencia técnica para la actualización de políticas y normas e interoperabilidad; (ii) el diseño y la implementación de un almacén de datos y tableros de control; (iii) la mejora de la infraestructura TIC, incluidos servidores, conectividad y equipos informáticos; (iv) el diseño y la implementación de un sistema integrado de información clínica para la ampliación del modelo de atención crónica y el respectivo plan de mantenimiento y sus costos; (v) la instrumentación y el análisis de dos rondas de encuestas STEPS; y (vi) el diseño y la implementación de registros para la enfermedad renal crónica y el cáncer.
- 1.31 **Subcomponente 1.2. Infraestructura de la sede y servicios centrales del Ministerio de Salud (monto estimado: US\$8,072 millones).** El objetivo de este subcomponente es mejorar el entorno físico de trabajo para que el Ministerio de Salud desempeñe sus funciones operativas básicas, lo que redundará en una mayor productividad y, por ende, un manejo más eficaz de las prioridades del sector de salud. Todas las dependencias del ministerio se concentrarán en un solo sitio, ubicado en Rode Kruislaan<sup>53</sup>, el cual se modernizará para albergar los servicios centrales administrativos y de salud pública (es decir, vacunación, niños con necesidades especiales, lactancia materna, biblioteca de salud). Las obras incluirán la reutilización de edificios abandonados o subutilizados y la construcción de un

---

<sup>53</sup> El sitio seleccionado es propiedad del Gobierno de Suriname, actualmente alberga servicios del Ministerio de Salud y está ubicado en una zona urbanizada.

nuevo edificio, incorporando criterios de diseño ecológico y medidas de mitigación de los efectos del cambio climático<sup>54</sup>. Mediante este subcomponente se financiará (i) el diseño de construcción de alrededor de 6.000 m<sup>2</sup> y el diseño paisajístico de aproximadamente 2,5 hectáreas; (ii) la renovación de los edificios existentes, nuevas obras de construcción y la composición del paisaje del predio; (iii) la adquisición de muebles y equipos de oficina; (iv) la supervisión de las obras de construcción; y (v) la elaboración de un plan de mantenimiento con sus costos.

- 1.32 **Componente 2. Ampliación del modelo de atención crónica (monto estimado: US\$3,840 millones).** El objetivo de este componente es mejorar la accesibilidad y la calidad de las vías clínicas para las enfermedades no transmisibles. Para ello, apoyará la mejora y ampliación de un modelo de atención integrada de la diabetes, centrado en el paciente, en los centros de atención integral de Paramaribo y Nickerie y en los aproximadamente 18 establecimientos de atención primaria de los Servicios de Salud Regionales que ya funcionan en esos distritos. Los establecimientos se seleccionarán en función de los resultados de un análisis de oferta y demanda de la red de atención de salud. Con este componente se financiarán (i) mejoras de infraestructura y reparaciones físicas; (ii) la adquisición de equipos e insumos médicos y otros; (iii) el diseño y la implementación de una estrategia de mejora continua de la calidad para optimizar los procesos clínicos y de gestión del modelo de atención crónica; (iv) la capacitación del personal clínico en los protocolos básicos del modelo de atención crónica (por ejemplo, cuidado de los pies); (v) el diseño y la implementación de estrategias innovadoras de educación y activación de pacientes; y (vi) costos operativos iniciales de las mejoras en los equipos del modelo de atención crónica.
- 1.33 **Componente 3. Mayor acceso a servicios prioritarios para las enfermedades transmisibles en la población en riesgo (monto estimado: US\$1,500 millones).** El objetivo de este componente es sostener y mejorar la respuesta a las enfermedades transmisibles. Con él se financiarán las siguientes actividades dirigidas a la población que se dedica a la minería aurífera: (i) el diseño y la implementación de estrategias culturalmente sensibles de comunicación para el cambio de comportamiento con el fin de reducir la exposición a los factores de riesgo de la malaria y el VIH (es decir, fomentar el uso de mosquiteros, incrementar el comportamiento de búsqueda de servicios de salud) y mejorar la adhesión al tratamiento por parte de la población en riesgo; (ii) la capacitación especializada para el personal del Programa contra la Malaria y el Laboratorio Nacional de Referencia; (iii) la capacitación del personal del Programa contra la Malaria en materia de comunicación para el cambio de comportamiento; (iv) modernización de equipos para el laboratorio nacional de referencia y los centros TropClinic para la labor de vigilancia; (v) estudios técnicos; y (vi) capacitación y equipos de laboratorio y de campo para las pruebas de detección de VIH.
- 1.34 **Administración y evaluación del programa (monto estimado: US\$1,665 millones).** Este rubro del presupuesto apoyará la operación de la unidad de ejecución y las actividades de administración y evaluación del proyecto, incluido el diseño y la instrumentación de una evaluación de impacto.

---

<sup>54</sup> [Análisis Técnico](#). Suministra detalles sobre el proyecto de infraestructura, incluida la evaluación de las condiciones existentes, el proyecto arquitectónico, el programa de requerimientos de espacio y los criterios de diseño.

### **C. Indicadores de resultados clave**

- 1.35 Se espera que el programa contribuya a reducir las enfermedades transmisibles y no transmisibles; por lo tanto, a nivel de los impactos, los principales indicadores que se incluyen en la matriz de resultados son la tasa anual de hospitalizaciones por diabetes con condiciones sensibles a la atención ambulatoria y el número anual de casos de malaria autóctonos. Con respecto a los resultados del programa, la matriz incluye indicadores que miden la generación y el uso de información sanitaria, mejoras en la infraestructura de la sede del Ministerio de Salud, indicadores de procesos, calidad y eficacia de la atención de la diabetes, detección y asesoramiento para VIH y cambios en los conocimientos y prácticas relativos a la malaria. En la matriz de resultados se describen en forma detallada las fuentes o medios específicos de verificación, los valores de referencia y las metas.
- 1.36 **Análisis económico.** Se llevó a cabo un análisis ex ante de la eficacia en función de los costos, que se planteó desde el punto de vista de la sociedad, con una tasa de actualización del 12%, según las directrices para la evaluación económica de proyectos financiados por el BID. Se analizó un caso básico con un horizonte de tiempo de 10 años. Los datos sobre eficacia se obtuvieron de las metas de la matriz de resultados y las publicaciones disponibles y se confrontaron con los resultados de eficacia informados para intervenciones similares en contextos comparables. Los costos se extrajeron de los costos nacionales y parámetros de medición internacionales y de referencias incluidas en publicaciones. Los resultados indican que la relación de costo-eficacia incremental del programa para el año 2019 es de US\$9.400 por año de vida ajustado por discapacidad evitado, lo que cumple los criterios internacionales de eficacia en función del costo para el PIB per cápita de Suriname. El análisis de sensibilidad muestra que los resultados de la eficacia en función del costo son robustos frente a variaciones en las tasas de actualización y los parámetros de eficacia. Reconociendo las limitaciones en los supuestos de esta evaluación, los resultados indican que la implementación del programa generaría un aumento del bienestar neto de la población de Suriname (véase el [Análisis Económico](#)).

## **II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y RIESGOS PRINCIPALES**

### **A. Instrumentos de financiamiento**

- 2.1 El programa será financiado con un préstamo del BID por un valor total de US\$20 millones. El instrumento de financiamiento es una operación de inversión específica con cargo al Capital Ordinario.

**Cuadro II-1. Costos y financiamiento del programa (en US\$)**

<b>Componente</b>	<b>US\$</b>	<b>%</b>
<b>1. Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para la formulación de políticas sobre la base de datos empíricos</b>	<b>12.372.000</b>	<b>62</b>
- Subcomponente 1.1. Mejora del sistema de información de salud	4.300.000	
- Subcomponente 1.2. Infraestructura de la sede y servicios centrales del Ministerio de Salud	8.072.000	
<b>2. Ampliación del modelo de atención crónica</b>	<b>3.840.000</b>	<b>19</b>
<b>3. Mayor acceso a servicios prioritarios para las enfermedades transmisibles en la población en riesgo</b>	<b>1.500.000</b>	<b>8</b>
<b>Administración y evaluación del programa</b>	<b>1.665.000</b>	<b>8</b>
- Sueldos básicos del personal de la unidad de ejecución del programa	1.170.000	
- Seguimiento y evaluación	365.000	
Auditorías financieras	100.000	
Evaluación intermedia	40.000	
Evaluación final (informe de terminación de proyecto)	50.000	
Evaluación de impacto	175.000	
- Logística y costos menores de gestión	130.000	
<b>Reserva para imprevistos</b>	<b>623.000</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20.000.000</b>	<b>100</b>

- 2.2 **Limitaciones de desembolso.** De conformidad con el documento AB-2990, el desembolso de los recursos del Banco (Capital Ordinario) estará sujeto a los siguientes límites: (i) hasta el 15% durante los primeros 12 meses; (ii) hasta el 30% durante los primeros 24 meses; y (iii) hasta el 50% durante los primeros 36 meses. Estos límites pueden resultar no aplicables en la medida en que se hayan cumplido los requisitos enunciados en la política del Banco, a condición de que el prestatario haya sido notificado al respecto por escrito. Todos estos períodos se contarán a partir de la fecha en que el Directorio Ejecutivo apruebe la operación de préstamo. El período de desembolso será de seis años. Véase el Cuadro II-2.

**Cuadro II-2. Proyecciones de desembolsos (en miles de US\$)**

<b>Fuente</b>	<b>Año</b>						<b>Fin de proyecto</b>
	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	
BID	518,9	3.023,1	5.345,1	6.472,3	2.338,3	2.302,5	20.000
%	2,6	15,1	26,7	32,4	11,7	11,5	100
<b>Total</b>	<b>518,9</b>	<b>3.023,1</b>	<b>5.345,1</b>	<b>6.472,3</b>	<b>2.338,3</b>	<b>2.302,5</b>	<b>20.000</b>

## **B. Riesgos relativos a las salvaguardias ambientales y sociales**

- 2.3 Dada la naturaleza de las actividades e inversiones, se prevé que los impactos y riesgos ambientales y sociales probablemente serán en su mayor parte locales y de corto plazo, para los cuales hay medidas de mitigación eficaces que ya están disponibles. Por lo tanto, se ha clasificado a la operación en la categoría “B” de conformidad con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias del BID (OP-703). Se realizó un análisis ambiental y social, que incluyó un análisis de las partes interesadas y plan de consulta y un análisis sociocultural, que se publicaron en el sitio virtual del Banco y del organismo ejecutor. El 29 de mayo de 2018 se realizó una consulta.
- 2.4 Las principales implicaciones socioambientales de la operación se relacionan con el Componente 1, concretamente el Subcomponente 1.2. El principal riesgo de nivel mediano que se ha identificado está asociado a la presencia de amianto en los

edificios que ocupan el sitio seleccionado para la nueva sede del Ministerio de Salud, que tendrá que ser eliminado o encapsulado adecuadamente, así como la eliminación y el tratamiento de los desechos peligrosos o biomédicos producidos por el nuevo edificio o por su operación, como parte del Plan de Gestión Ambiental y Social. La mitigación del riesgo incluye la incorporación de este plan como requisito contractual en el pliego de condiciones de la licitación para el contratista del edificio. En el análisis ambiental y social se verificó que el riesgo de desastre es moderado, ya que no se espera que el proyecto exacerbe el riesgo de inundación y se tomarán medidas en el diseño del edificio para mejorar el drenaje del sitio. En forma secundaria, el Componente 3 comprenderá servicios de salud que se han de prestar en proximidades de comunidades indígenas y, si bien no se esperan impactos negativos para esas comunidades, se llevó a cabo un análisis sociocultural para formular recomendaciones específicas de medidas que asegurarán que no haya impactos negativos en lo que se refiere al transporte y almacenamiento de desechos peligrosos o médicos y que la población indígena no quede excluida de los servicios.

- 2.5 En el análisis ambiental y social se identificó un riesgo mediano-alto para la implementación del Plan de Gestión Ambiental y Social en relación con la reducida capacidad de gestión ambiental y social del Ministerio de Salud, lo que se mitigará mediante la inclusión en la unidad de ejecución del programa de un especialista en temas ambientales, de salud y seguridad y un oficial de enlace con la comunidad. Esos especialistas podrán ser funcionarios gubernamentales competentes designados para desempeñar esas tareas como parte de sus funciones o especialistas externos contratados al efecto.

### **C. Riesgo fiduciario**

- 2.6 El BID evaluó la capacidad del organismo ejecutor (Ministerio de Salud) para el cumplimiento de las responsabilidades de adquisiciones y contrataciones y gestión fiduciaria durante la ejecución del préstamo por medio de la Plataforma de Evaluación de la Capacidad Institucional. Los resultados de la evaluación de los ámbitos fiduciario y de adquisiciones y contrataciones, así como de los sistemas de control interno y externo, indican un nivel de riesgo alto en todas las esferas de la gestión financiera, el control interno y externo y las adquisiciones y contrataciones, principalmente como consecuencia de la falta de (i) un departamento de adquisiciones y contrataciones y de personal específico de este ámbito y del de gestión financiera, que cuente con los conocimientos especializados requeridos; (ii) conocimiento y experiencia del Ministerio de Salud con respecto a las políticas de adquisiciones y contrataciones y gestión financiera del BID y las normas y prácticas óptimas internacionales en la materia; y (iii) sistemas de tecnología de la información adecuados para las adquisiciones y contrataciones y la gestión financiera. También hay un riesgo mediano de demoras en el flujo de fondos entre el Ministerio de Finanzas y el de Salud. Las medidas de mitigación respectivas para estos riesgos son las siguientes: (i) contratación del personal competente clave para la unidad de ejecución del programa según se describe en el párrafo 3.2; (ii) creación de capacidad en la unidad de ejecución del programa mediante la capacitación en los procedimientos de adquisiciones y contrataciones y gestión financiera del BID, la adopción del Manual de Operaciones del proyecto, el plan financiero y los planes de supervisión fiduciaria y de adquisiciones; y (iii) configuración de un sistema de gestión financiera que se implementará antes del inicio de la ejecución. Las posibles demoras en el flujo de fondos se mitigarán

por medio de acuerdos ex ante para el control y procesamiento de las transacciones de pago.

**D. Otros riesgos y temas de importancia clave**

- 2.7 **El riesgo alto en materia de gobernanza y gestión pública** se refiere a (i) restricciones en las adquisiciones y contrataciones con motivo de las elecciones presidenciales y el cambio de gobierno durante el período de ejecución del programa; y (ii) la reducida capacidad del organismo ejecutor para la gestión del programa. Existe un riesgo mediano de falta de coordinación y consenso entre las partes interesadas que intervienen en la implementación del ecosistema de información y la ampliación del modelo de atención crónica. Las medidas de mitigación respectivas incluyen (i) el ordenamiento secuencial de la ejecución del proyecto para facilitar un inicio temprano y la finalización de las actividades clave dentro de los primeros dos años del programa y la contratación de una consultoría con fondos de cooperación técnica para preparar las especificaciones técnicas y los documentos de licitación; (ii) el establecimiento de la unidad de ejecución del programa según se describe en el párrafo 3.2; y (iii) la creación de un equipo de gestión técnica integrado por el Ministerio de Salud, los centros de atención integral, la Oficina de Salud Pública y los Servicios de Salud Regionales para apoyar a la unidad de ejecución del programa en la identificación y resolución de cualquier desafío de coordinación interinstitucional.
- 2.8 **Sostenibilidad.** Las medidas para la sostenibilidad de las inversiones y el mantenimiento permanente de los nuevos sistemas luego del ciclo de vida del proyecto incluyen (i) la incorporación en el contrato de préstamo de la responsabilidad del Gobierno de Suriname por el mantenimiento de las inversiones; y (ii) el diseño de actividades y el cálculo de costos de los planes de mantenimiento para la construcción de la sede y los sistemas de información del Componente 1, que constituirán la base para las deliberaciones sobre el compromiso del gobierno de asignar fondos para el mantenimiento en el futuro presupuesto del Ministerio de Salud.

### **III. PLAN DE EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN**

**A. Resumen de los mecanismos de ejecución**

- 3.1 El prestatario es la República de Suriname y el organismo ejecutor será el Ministerio de Salud. La unidad de ejecución del programa se establecerá dentro del Ministerio de Salud y se encargará de ejecutar el proyecto.
- 3.2 La unidad de ejecución del programa estará integrada por un gerente del proyecto y un especialista en cada uno de los siguientes ámbitos: adquisiciones y contrataciones, gestión financiera, arquitectura/construcción, tecnología de la información y operaciones. Durante la ejecución de las obras de construcción se incluirá apoyo adicional de especialistas en salud y seguridad ambiental y enlace con la comunidad. Se incluirá también a un especialista en seguimiento y evaluación. La unidad de ejecución del programa fortalecerá la capacidad del Ministerio de Salud al trabajar en estrecha coordinación con los líderes técnicos de los componentes asignados por el Ministerio y estará a cargo de la gestión financiera, las adquisiciones y contrataciones y la gestión del programa del proyecto. Se encargará de llevar a cabo todas las obligaciones operativas y fiduciarias (incluidas las adquisiciones y contrataciones, la gestión financiera y las



salvaguardias ambientales y sociales) necesarias para la ejecución del programa y de mantener todas las comunicaciones formales con el Banco. Las responsabilidades detalladas de la unidad se enunciarán en el Manual de Operaciones del proyecto, que define las normas, los criterios de elegibilidad, los procedimientos y las responsabilidades durante la ejecución.

- 3.3 **Las condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento son las siguientes:** (i) el establecimiento de una unidad de ejecución del programa y la contratación de su personal clave, incluidos el gerente del proyecto y especialistas en adquisiciones y contrataciones, gestión financiera, arquitectura/construcción, tecnología de la información y operaciones, de conformidad con los términos de referencia previamente acordados con el Banco; y (ii) la aprobación del Manual de Operaciones del proyecto de acuerdo con las condiciones acordadas previamente con el Banco. Estas condiciones se justifican para asegurar que haya un equipo adecuado y normas de operación y tecnología de apoyo para iniciar y llevar a cabo la ejecución del programa.
- 3.4 **Adquisiciones y contrataciones.** La unidad de ejecución del programa cumplirá las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el Banco (documento GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco (documento GN-2350-9), así como los acuerdos fiduciarios incluidos en el Anexo III.
- 3.5 **Desembolsos y gestión financiera.** El período de desembolso es de seis años. El Banco realizará los desembolsos en función de las necesidades de liquidez del proyecto, según surge de sus compromisos y obligaciones actuales y previstos, utilizando el método de anticipo de fondos. Esos anticipos, que cubrirán las necesidades de liquidez durante un período no superior a seis meses, se calcularán sobre la base de las proyecciones de los flujos de fondos semestrales para el período. Los anticipos posteriores se podrán desembolsar una vez que el 80% del saldo total acumulado pendiente de justificación haya sido presentado al Banco y este lo haya aceptado.
- 3.6 La auditoría externa del programa será realizada por una empresa de auditoría independiente que el Banco considere aceptable. Las auditorías se llevarán a cabo de conformidad con las directrices del Banco para informes financieros y auditoría externa. La unidad de ejecución del programa se encargará de contratar a una empresa de auditoría elegible para realizar la auditoría del proyecto, como sigue: (i) informes de auditoría financiera anual, que se presentarán dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal y (ii) un informe de auditoría financiera final, que se presentará dentro de los 120 días siguientes a la fecha del último desembolso.

## **B. Resumen de los mecanismos para el seguimiento de los resultados**

- 3.7 **Seguimiento.** El seguimiento del programa se basa en los instrumentos estándar del Banco, a saber: (i) el plan de ejecución plurianual y el plan operativo anual; (ii) el plan de adquisiciones; (iii) la matriz de resultados; (iv) el informe de seguimiento de avance; y (v) el plan financiero. Los informes de avance semestrales se presentarán dentro de los sesenta (60) días posteriores al final del semestre correspondiente y deberán incluir los resultados y productos alcanzados en el período de ejecución pertinente según el plan operativo anual, el plan de adquisiciones y la matriz de

resultados, así como una descripción de la situación de cumplimiento de las obligaciones ambientales y sociales.

- 3.8 El equipo de gestión técnica (véase el párrafo 2.7) programará reuniones trimestrales para dar seguimiento al avance del proyecto, tomar las decisiones ejecutivas pertinentes y resolver en conjunto cualquier obstáculo en la coordinación.
- 3.9 **Evaluaciones.** A fin de estimar el impacto de la ampliación del modelo de atención crónica en los resultados primordiales incluidos en la matriz de resultados, un primer enfoque consistirá en implementar una estrategia de diferencia-diferencia a nivel de la zona de captación de los Servicios de Salud Regionales, aprovechando la variación en la fecha y el lugar de inicio del programa. Entre las fuentes de información se incluyen los datos clínicos y administrativos recopilados para el programa y datos de dos rondas de encuestas STEPS financiadas por este. Además, mediante un ensayo aleatorio controlado en tres grupos se probará la eficacia de las intervenciones de telemedicina/salud móvil y de economía del comportamiento para activar pacientes y mejorar los resultados clínicos. La evaluación se realizará con la guía técnica del BID y se financiará con fondos del programa.
- 3.10 Los recursos del préstamo financiarán la realización de una evaluación intermedia y final del proyecto por parte de un consultor. La evaluación final adoptará un enfoque reflexivo y comparará el estado de los indicadores incluidos en la matriz de resultados antes y después de las intervenciones del programa. La evaluación del período de ejecución de seis años del proyecto se regirá por el plan de seguimiento y evaluación, que utiliza las herramientas de seguimiento del Banco como la matriz de resultados, el plan operativo anual, los informes de avance semestrales y el informe de seguimiento de avance. Véase el [Plan de Seguimiento y Evaluación pormenorizado](#).

### C. Otros asuntos

- 3.11 **Actividades complementarias.** Una operación de cooperación técnica (documento SU-T1100) apoyará la preparación y ejecución del proyecto por medio de estudios y asistencia, lo que comprenderá estudios para preparar los requisitos ambientales y de infraestructura para la construcción del nuevo edificio del Ministerio de Salud, un análisis de oferta y demanda de la red de salud, un cálculo de costo de brechas en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, un estudio de las hospitalizaciones evitables, una evaluación de las necesidades y oportunidades del sistema de información sanitaria y de gestión y un plan de fortalecimiento institucional para el Ministerio de Salud. Esta operación también financiará la contratación de los miembros centrales de la unidad de ejecución del programa antes de la etapa de elegibilidad para propiciar que haya un período corto para alcanzar la elegibilidad y un inicio temprano de la ejecución.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID		Sí
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental	
Indicadores de desarrollo de países	-Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país		Sí
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2873	Area de Diálogo
Matriz de resultados del programa de país	GN-2915	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2018.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		Es relevante para áreas prioritarias en la Estrategia de País del Grupo del BID con la República de Suriname 2016 2020 (GN-2873): (i) Modernizar el Sector Público, mediante el fortalecimiento de la capacidad del sector de la salud para la formulación de políticas basadas en la evidencia; y (ii) Protección del capital humano mediante el apoyo a intervenciones para abordar las principales causas de años de vida sana perdidos. La operación está incluida en el OPR 2018 (GN-2915). Está alineado con la Estrategia de Política Social para la Equidad y la Productividad (GN-2588-4). El programa es consistente con las prioridades del Marco del Sector de Salud y Nutrición (GN-2735-7): (ii) que todas las personas tengan acceso oportuno a servicios de salud de calidad; y (iv) que la gobernanza del sector de la salud busque la eficiencia y el liderazgo en salud y promueve la coordinación intersectorial. También es coherente con el enfoque del Plan Nacional del Sector de la Salud (2011 2018), el plan de ENT (2015-2020) y el MESP (2018 2029), mediante intervenciones de apoyo que aumentan la prevención y la reducción de la doble carga de morbilidad.
II. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución		9.0
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		2.0
4. Análisis económico ex ante		10.0
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE		2.2
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		3.3
4.3 Supuestos Razonables		1.0
4.4 Análisis de Sensibilidad		2.2
4.5 Consistencia con la matriz de resultados		1.4
5. Evaluación y seguimiento		8.9
5.1 Mecanismos de Monitoreo		1.4
5.2 Plan de Evaluación		7.5
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Alto
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Sí
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Sí
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)		
No-Fiduciarios		
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	Se financiaron las cooperaciones técnicas SU-T1062 y SU-T1072 para informar el diseño de este proyecto.

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

La propuesta de préstamo presenta un diagnóstico claro que evidencia la doble carga de enfermedad que enfrenta Surinam. El documento identifica las debilidades institucionales que afronta el Ministerio de Salud para abordar esta problemática, en particular en lo referente a sus sistemas de información e infraestructura física. Asimismo, evidencia las limitantes de la organización actual del sistema de salud en el país, en el que no se otorga la importancia suficiente a la prevención primaria y secundaria para tratar las enfermedades no transmisibles, ni se cuenta con la capacidad de prevención y supervisión de las enfermedades transmisibles que aún prevalecen.

Para abordar los retos identificados, el proyecto propone tres componentes: fortalecimiento institucional del ministerio de salud, expansión del modelo de cuidado de enfermedades crónicas e incremento de servicios prioritarios para enfermedades transmisibles en poblaciones en riesgo. El documento presenta evidencia de la efectividad de las intervenciones propuestas en países de Europa y en contextos similares en el Caribe.

La matriz de resultados del proyecto es adecuada. Presenta una lógica vertical clara, así como indicadores de impacto, resultado y producto. Sin embargo, algunos de los indicadores de resultado del primer componente no cumplen con los criterios SMART y algunos de los indicadores de producto no tienen un medio de verificación claro.

El análisis económico del proyecto se basa en un ejercicio de costo-efectividad de las metas de los indicadores de impacto. El análisis arroja un resultado positivo que se mantiene bajo diversos análisis de sensibilidad.

El plan de evaluación propone dos evaluaciones de impacto. La primera, con base una metodología de diferencias en diferencias, pretende estimar el efecto del modelo de cuidado de enfermedades crónicas. La segunda, con un diseño experimental, busca medir el impacto de la telemedicina y las intervenciones de economía del comportamiento.

**MATRIZ DE RESULTADOS  
IMPACTOS PREVISTOS**

Indicadores	Unidad	Valor de referencia		Meta		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
Hospitalizaciones por diabetes con condiciones sensibles a la atención ambulatoria.	Tasa de hospitalizaciones por 1.000 por año	5,4	2016/2017	4,32 (1)	2024	Bases de datos nacionales de altas hospitalarias	Los valores de referencia y meta se actualizarán en función de los resultados de los estudios técnicos de preparación del programa.
Casos de malaria autóctonos.	Tasa de casos por 1.000 habitantes por año	40	2017	0	2024	Base de datos nacional de malaria	Meta del plan nacional de erradicación de la malaria.

**Notas:** (1) La reducción prevista se basa en las estimaciones informadas del efecto de la atención primaria eficaz:

Reducción del 18% (Schilling Mendonça y otros, 2012, *Trends in Hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions Following the Implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil*, Health Policy Plan 27(4):348-355).

Reducción del 20% (Kuo y otros, mayo de 2011, *Cost-Effectiveness of Implementing the Chronic Care Model for Diabetes Care in a Military Population*, Volumen 5, Edición 3, Diabetes Technology Society).

**RESULTADOS PREVISTOS**

Indicadores	Unidad	Valor de referencia		Meta		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
Componente 1: Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para la formulación de políticas sobre la base de datos empíricos							
Informes trimestrales del tablero de control emitidos.	Informes del tablero de control	0	2019	1	2024	Sistema nacional de tablero de control	Los elementos del tablero de control, usuarios, normas y ámbitos de toma de decisiones de política se definirán durante el diseño del sistema de información sanitaria.
Porcentaje de usuarios del Ministerio de Salud que acceden al sistema de tablero de control de Suriname para usar datos para la toma de decisiones.	Usuarios del sistema de información sanitaria del Ministerio de Salud	0	2019	Por determinar	2024		

Indicadores	Unidad	Valor de referencia		Meta		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
Los registros nacionales de diálisis/cáncer informan trimestralmente datos básicos sobre las enfermedades al Ministerio de Salud.	Registros de enfermedades	0	2019	2	2021	Informes de datos básicos de los registros	Datos básicos sobre enfermedades específicas (es decir, demografía, etapas de la enfermedad, tratamientos) definidos durante el diseño del registro.
Porcentaje de empleados públicos del Ministerio de Salud con puntaje cuatro o superior en el índice de la encuesta sobre el entorno de trabajo.	Empleados públicos del Ministerio de Salud como porcentaje del total de empleados del ministerio encuestados	10%	2019	90%	2024	Informe de la encuesta sobre el entorno de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valor de referencia basado en la evaluación preliminar durante el diseño del programa.</li> <li>Los valores se actualizarán en función de los resultados de la encuesta antes y después de la construcción.</li> <li>Seguimiento de temas de género.</li> </ul>
<b>Componente 2: Ampliación del modelo de atención crónica</b>							
Los centros del modelo de atención crónica brindan atención a pacientes diabéticos según las directrices del modelo.	Centros	0	2019	8	2023	Informe de evaluación del modelo de atención crónica	Indicadores de cumplimiento definidos durante la elaboración de las directrices.
Pacientes diabéticos derivados de centros de atención primaria a centros del modelo de atención crónica.	Pacientes diabéticos que concurren a centros del modelo de atención crónica por año	40%	2016	80%	2023	Datos del módulo de derivaciones del registro de salud electrónico del modelo de atención crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valores de referencia y meta provenientes de los datos disponibles en los centros de atención integral.</li> <li>Los valores se actualizarán en función de los datos provenientes de los módulos de información elaborados por el programa.</li> <li>Perspectiva de género.</li> </ul>
Pacientes diabéticos que alcanzan la meta Hb1Ac según las directrices nacionales.		37%	2019	68%	2024	Módulo clínico del registro de salud electrónico del modelo de atención crónica	
Pacientes diabéticos con citas programadas para exámenes que concurren a tres citas.		10%	2016	90%	2024	Módulo de citas del registro de salud electrónico del modelo de atención crónica	
Pacientes diabéticos que completan el módulo de educación.		50%	2016	90%	2024	Módulo de educación del registro de salud electrónico del	

Indicadores	Unidad	Valor de referencia		Meta		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
						modelo de atención crónica	
Pacientes diabéticos que adhieren al tratamiento según las directrices clínicas nacionales.		0	2019	80%	2024	Módulo clínico del registro de salud electrónico del modelo de atención crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores de adhesión definidos durante la elaboración de las directrices.</li> <li>Perspectiva de género.</li> </ul>
<b>Componente 3: Mayor acceso a servicios prioritarios de prevención de las enfermedades transmisibles en la población objetivo</b>							
Pacientes de centros TropClinic elegibles para la prueba de detección del VIH que se someten a la prueba.	Pacientes de centros TropClinic por año	232	2017	560	2024	Registro de TropClinic	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valor meta basado en el supuesto de que el número de personas que concurren a centros TropClinic del Programa contra la Malaria y puestos fronterizos es igual a 3.500 por año. Según la edad y la población cliente actual, será elegible alrededor del 95%.</li> <li>En relación con lo anterior, no hay valor de referencia para el porcentaje de personas elegibles que realmente se someten a la prueba. Considerando el carácter móvil de la población objetivo, la meta puede estar sobrestimada.</li> <li>Seguimiento de temas de género.</li> </ul>
Pacientes de centros TropClinic que se sometieron a la prueba de detección del VIH que reciben asesoramiento.		100% (232/232)	2017	100% (2.993/2.993)	2024	Registro de TropClinic	
Personas de la población objetivo que alcanzan un nivel óptimo de conocimientos sobre la malaria en el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas.	Personas de la población objetivo entrevistadas	46,6% (150/322)	2017	75%	2024	Informe del estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>El numerador y el denominador dependerán del tamaño de la muestra del estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas.</li> <li>Seguimiento de temas de género.</li> </ul>
Personas de la población objetivo que informan el uso de mosquiteros en la noche anterior en el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas.		44,6% (106/237)	2017	70%	2024		Seguimiento de temas de género.

PRODUCTOS PREVISTOS

Productos		Costo estimado (US\$)	Unidad	Valor de referencia	Año					Fin del proyecto	Fuente de verificación	
					2019	2020	2021	2022	2023			2024
	Componente 1: Fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud para la formulación de políticas sobre la base de datos empíricos											
Sistema de información sanitaria en funcionamiento en el Ministerio de Salud y los centros del modelo de atención crónica según las especificaciones contractuales (Fase 1).		2.000.000	Sistema	0			1				1	Informes anuales de seguimiento del proyecto y documentación de adquisiciones. Los indicadores para el funcionamiento se definirán en los términos de referencia (es decir, generación, almacenamiento, procesamiento e intercambio de datos).
Sistema de información sanitaria en funcionamiento en el Ministerio de Salud y los centros del modelo de atención crónica según las especificaciones contractuales (Fase 2).		2.000.000	Sistema	0						1	1	
Unidades del Ministerio de Salud y del modelo de atención crónica cuyo personal recibió capacitación en análisis de datos.		500.000	Unidades	0			2	8			10	Informes de asistencia a la capacitación.
Encuesta STEPS realizada.		300.000	Encuesta	0		1			1		2	Informe final y bases de datos de la encuesta STEPS.
Construcción y diseño paisajístico realizados según las especificaciones de los términos de referencia.		335.000	Diseño	0		1					1	Registro de la aprobación de la unidad de ejecución del programa.
Edificios existentes renovados según las especificaciones contractuales.		1.750.000	M²	0		1.860	1.860				3.720	Registros de entrega aprobados por la unidad de ejecución del programa.
Edificio de la sede del Ministerio de Salud construido según las especificaciones contractuales.		3.540.000	M²	0				3.000			3.000	
Obras de paisajismo realizadas según las especificaciones contractuales.		1.200.000	Ha	0					2,5		2,5	
Plan de mantenimiento entregado según las especificaciones contractuales.		30.000	Plan	0					1		1	Documento.

Productos		Costo estimado (US\$)	Unidad	Valor de referencia	Año						Fin del proyecto	Fuente de verificación
					2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Estaciones de trabajo del Ministerio de Salud amuebladas y equipadas según las especificaciones contractuales.		900.000	Estaciones de trabajo	0				400			400	Registro de entrega aprobado por la unidad de ejecución del programa.
	Componente 2: Ampliación del modelo de atención crónica											
Estrategia de mejora continua de la calidad implementada en los centros del modelo de atención crónica.		300.000	Centros del modelo de atención crónica	0			2	6			8	Centros del modelo de atención crónica con mejora continua de la calidad: documento del plan de acción, equipo conformado e indicadores de referencia medidos.
Directrices del modelo de atención crónica actualizadas.		60.000	Directrices	0	1						1	Documentos de las directrices.
Centros del modelo de atención crónica con estrategia de cambio de comportamiento y activación de pacientes implementada.		170.000	Centros del modelo de atención crónica	0					8		8	Centros del modelo de atención crónica.
Centros del modelo de atención crónica con mejoras de infraestructura efectuadas.		390.000		0	2		6				8	Informes de terminación de acuerdo con las especificaciones contractuales de la unidad de ejecución del programa.
Centros del modelo de atención crónica con equipos clínicos modernizados.		900.000		0	2		6				8	
Centros del modelo de atención crónica con otros equipos modernizados.		420.000		0	2		6				8	
Centros del modelo de atención crónica con personal clínico capacitado en la aplicación de las directrices.		280.000		0				8			8	Informes sobre la capacitación.
Centros del modelo de atención crónica con insumos disponibles para la puesta en marcha de los equipos.		120.000					6				6	Informes de la distribución de insumos.
Centros de atención primaria modernizados para la prestación de servicios básicos del modelo de atención crónica (Fase 2 de la ampliación).		1.200.000	Centros de atención primaria	0						10	10	Informe de entrega aprobado por la unidad de ejecución del programa. La modernización de cada



Productos		Costo estimado (US\$)	Unidad	Valor de referencia	Año					Fin del proyecto	Fuente de verificación	
					2019	2020	2021	2022	2023			2024
											centro incluye reparaciones menores de infraestructura e instalación de equipos según la evaluación de las necesidades.	
	Componente 3: Mayor acceso a servicios prioritarios de prevención de las enfermedades transmisibles en la población objetivo											
Estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento diseñada.		20.000	Estrategia	0		1	1	1	1		4	Documento aprobado por la unidad de ejecución del programa.
Campaña de comunicación para el cambio de comportamiento implementada.		492.000	Campaña	0		1	1	1	1		4	Informes de la campaña.
Personal proveedor de servicios para la atención de la malaria capacitado para actividades de extensión.		60.000	Capacitación	0		1	1	1	1		4	Informes sobre la capacitación.
Estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas completados.		90.000	Estudios	0			1	1	1		3	Informes de los estudios.
Mosquiteros de larga duración distribuidos a la población objetivo.		109.000	Mosquiteros	0			20.000				20.000	Informe de distribución de mosquiteros.
Capacitación especializada impartida sobre recopilación, procesamiento y análisis de datos en el laboratorio nacional de referencia.		268.000	Capacitación	0	1	3	2	3	1		10	Informes sobre la capacitación.
Centros TropClinic equipados con programas y equipos informáticos para el análisis y procesamiento de datos.		60.000	Equipos	0		1					1	Registro de recibo e instalación de equipos.
Microscopios parasitológicos disponibles en localidades seleccionadas.		20.000	Microscopios	0		8					8	Registro de entrega de microscopios.
Guía de control y aseguramiento de la calidad elaborada.		65.000	Guía	0	1						1	Documento de la guía aprobado por la unidad de ejecución del programa.
Capacitación en idioma portugués impartida al personal de las clínicas de Misión Médica ubicadas en proximidades de las zonas mineras.		36.000	Capacitación	0		1	1	1	1		4	Informes finales de la capacitación.

[illegible]

## **ACUERDOS FIDUCIARIOS**

<b>País:</b>	Suriname
<b>Proyecto:</b>	Proyecto de Mejora de los Servicios de Salud (SU-L1054)
<b>Organismo ejecutor:</b>	Ministerio de Salud
<b>Equipo fiduciario:</b>	Rinia Terborg-Tel, especialista en gestión financiera fiduciaria; Bhagirath Vikash, consultor en gestión financiera fiduciaria; y Mariska Tjon A Loi, consultora en adquisiciones y contrataciones.

### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

- 1.1 El objetivo del proyecto es contribuir a reducir la carga de enfermedad en Suriname mediante la mejora del acceso a servicios de atención primaria integrados de alta calidad y el aumento de la eficacia del sector de salud para enfrentar los desafíos epidemiológicos prioritarios. Sus beneficiarios previstos serán los habitantes de Suriname. El proyecto se financiará con un préstamo del BID de US\$20 millones.
- 1.2 La entidad gubernamental encargada de implementar el programa será el Ministerio de Salud y, dentro de su actual estructura institucional, se establecerá una unidad de ejecución del programa (véase la Sección VII).
- 1.3 El BID llevó a cabo una evaluación de la capacidad institucional empleando la herramienta denominada Plataforma para el Análisis de la Capacidad Institucional (PACI) para valorar el potencial del organismo ejecutor (Ministerio de Salud) para cumplir las responsabilidades fiduciarias durante la ejecución del préstamo. Dicha herramienta consta de seis cuestionarios relativos al marco jurídico, la gestión de recursos humanos, la gestión financiera, las adquisiciones y contrataciones, el proyecto y la gestión de las salvaguardias ambientales y sociales. La evaluación del ámbito fiduciario y de los sistemas de control interno y externo analizados indica un nivel de riesgo alto en todas las esferas de gestión financiera, control interno y externo y adquisiciones y contrataciones, que deben fortalecerse de manera sustancial. El Banco proporcionará apoyo y una estrecha supervisión en relación con los aspectos fiduciarios, así como capacitación y asesoramiento en forma continua. Mediante un plan de supervisión a tal efecto, se controlará el nivel de riesgo fiduciario a lo largo del período de ejecución del programa.

### **II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR**

- 2.1 El contexto fiduciario del Gobierno de Suriname y sus ministerios sectoriales se documentó en el informe de gasto público y rendición de cuentas financieras (PEFA) correspondiente a 2011, en el que se indica que el marco jurídico y las prácticas de los sistemas de gestión financiera pública y de adquisiciones y contrataciones son obsoletos y no se ajustan a las prácticas óptimas ni a las normas internacionales. En noviembre de 2014, se volvió a realizar una evaluación PEFA para determinar el nivel de avance logrado gracias al apoyo del Banco al gobierno para mejorar dichos sistemas a través de la implementación de un marco jurídico moderno y de

la aplicación de mecanismos eficaces para ejecutar esas funciones. Según los resultados preliminares<sup>1</sup>, las intervenciones para la reforma de la gestión financiera pública del gobierno que contaron con el respaldo del BID todavía no han producido avances considerables, por lo que la conclusión general es que el statu quo del marco jurídico y las prácticas de los sistemas de gestión financiera pública y de adquisiciones y contrataciones no ha cambiado. Dicho marco y tales prácticas son obsoletos y no se ajustan a las prácticas óptimas internacionales. En el ámbito de las adquisiciones y contrataciones, el Banco brinda apoyo técnico al gobierno para elaborar una ley nacional basada en las normas y las prácticas óptimas internacionales.

- 2.2 Se prevé que de cara al futuro, el Gobierno de Suriname, con el apoyo del BID, siga la política de reformar y mejorar los sistemas de gestión financiera pública y de adquisiciones y contrataciones con base en la Estrategia de País del BID con Suriname 2016–2020. Por lo tanto, mientras esas intervenciones no se consoliden, no se emplearán los sistemas nacionales respectivos. Las políticas y procedimientos del BID seguirán siendo aplicables a las adquisiciones y contrataciones y la gestión financiera, en general.

### **III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN**

- 3.1 Se considera que el riesgo fiduciario general del proyecto es alto. Los resultados de la evaluación de los ámbitos fiduciario y de adquisiciones y contrataciones, así como de los sistemas de control interno y externo, indican un nivel de riesgo alto en todas las esferas de la gestión financiera, el control interno y externo y las adquisiciones y contrataciones, principalmente como consecuencia de la falta de (i) un departamento de adquisiciones y contrataciones y de personal específico de este ámbito y del de gestión financiera, que cuente con los conocimientos especializados requeridos; (ii) conocimiento y experiencia del Ministerio de Salud con respecto a las políticas de adquisiciones y contrataciones y gestión financiera del BID y las normas y prácticas óptimas internacionales en la materia; y (iii) sistemas de tecnología de la información adecuados para las adquisiciones y contrataciones y la gestión financiera. Las medidas de mitigación respectivas para estos riesgos son las siguientes: (i) contratación del personal competente clave para la unidad de ejecución del programa según se describe en la Sección VII; (ii) creación de capacidad en la unidad de ejecución del programa mediante la capacitación en los procedimientos de adquisiciones y contrataciones y gestión financiera del BID, la adopción del Manual de Operaciones del proyecto, el plan financiero y los planes de supervisión fiduciaria y de adquisiciones y contrataciones; y (iii) configuración de un sistema de gestión financiera que se implementará antes del inicio de la ejecución. El riesgo de demoras en el flujo de fondos entre el Ministerio de Finanzas y el de Salud se mitigará por medio de acuerdos ex ante para el control y procesamiento de las transacciones de pago. Los especialistas del Banco verificarán las capacidades de gestión fiduciaria cuando se haya establecido la unidad de ejecución del programa. El Banco proporcionará apoyo y una estrecha supervisión en relación con los aspectos fiduciarios, así como capacitación, creación de capacidad y asesoramiento en forma continua. Mediante un plan de

---

<sup>1</sup> El informe PEFA de 2014 no se ha publicado.

supervisión diseñado al efecto, se controlará el nivel de riesgo fiduciario a lo largo del período de ejecución del programa.

#### **IV. ASPECTOS QUE DEBEN CONTEMPLARSE EN LAS CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO**

- 4.1 **Tipo de cambio acordado con el organismo ejecutor.** La aplicación del tipo de cambio será la siguiente: (i) en el caso del reembolso de los gastos realizados, se aplicará el tipo de cambio efectivo en la fecha de pago de cada gasto, conforme a lo publicado por el Banco Central de Suriname; (ii) en el caso de presentación de informes sobre cuentas o la justificación de anticipo de fondos, se aplicará el tipo de cambio efectivo usado en la conversión de la moneda de la operación a la moneda local; y (iii) desembolsos en monedas alternativas al dólar estadounidense y el dólar surinamés. En el caso de los métodos de pago directo y reembolso de una garantía de carta de crédito, el equivalente de la moneda de la operación se determinará conforme al monto efectivamente desembolsado por el BID.
- 4.2 Informes y estados financieros auditados o no auditados
- (i) Se incluirán informes financieros semestrales en el informe de avance semestral que presentará la unidad de ejecución del programa al Banco.
  - (ii) Los estados financieros anuales del proyecto, auditados por una empresa de contadores públicos independientes que el Banco considere aceptable, se presentarán al Banco dentro de un plazo de 120 días contados a partir del cierre de cada ejercicio fiscal, comenzando en el ejercicio fiscal en que se realizaron los primeros gastos del proyecto.
  - (iii) Los estados financieros finales, auditados por una empresa de contadores públicos independientes que el Banco considere aceptable, se presentarán al Banco dentro de un plazo de 120 días contados a partir de la fecha del último desembolso del programa.
- 4.3 **Las políticas de adquisiciones y contrataciones aplicables son** las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (documento GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (documento GN-2350-9), ambas de marzo de 2011.

#### **V. MECANISMOS FIDUCIARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES**

- 5.1 Estos mecanismos fiduciarios establecen las condiciones aplicables a todas las actividades de ejecución de adquisiciones y contrataciones en el marco del proyecto.
- 5.2 **Adquisición de bienes y obras y contratación de servicios distintos de los de consultoría.** Las adquisiciones y contrataciones en el marco del proyecto se regirán por las políticas contenidas en el documento GN-2349-9 (Políticas para la

- Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el BID)<sup>2</sup>. El plan de adquisiciones indica los procedimientos que se utilizarán para la adquisición de bienes y obras y la contratación de servicios distintos de los de consultoría en el marco del programa. Los procesos de adquisiciones y contrataciones sujetos a licitación pública internacional (LPI) se ejecutarán utilizando documentos estándar de licitación emitidos por el BID. Los procesos sujetos a la licitación pública nacional (LPN) podrán ejecutarse utilizando otros documentos que resulten satisfactorios para el Banco. Cuando no se disponga de ellos, se utilizarán los documentos estándar de licitación del BID. El especialista sectorial del proyecto se encargará de revisar las especificaciones técnicas durante la preparación del proceso de selección.
- 5.3 **Adquisición de sistemas de tecnología de la información.** En el marco del programa, se prevé adquirir un ecosistema de salud digital (eSalud), lo que comprenderá una evaluación de las necesidades, el diseño de un diagrama de flujo de procesos, apoyo electrónico y capacitación, incluido un sistema de registro de la información clínica.
- 5.4 **Selección y contratación de consultores.** La contratación de servicios de consultoría se realizará de conformidad con el documento GN-2350-9 (Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID). El plan de adquisiciones indica los procedimientos y los métodos que deben aplicarse para la contratación de servicios de consultoría. El especialista sectorial del proyecto se encargará de revisar los términos de referencia de los consultores.
- 5.5 **Selección de consultores individuales.** Se seleccionará a los consultores individuales de conformidad con la política para la selección y contratación de consultores antes mencionada (documento GN-2350-9). El proceso puede realizarse mediante la selección de tres (3) hojas de vida (comparación de las calificaciones), selección directa o un anuncio público.
- 5.6 El Banco considerará financiar los costos recurrentes, a pedido del prestatario. Los costos pueden ser elegibles para tal financiamiento si se demuestra que (i) forman parte del proyecto, (ii) son necesarios para cumplir los objetivos de desarrollo y (iii) son productivos en el contexto del proyecto específico que se apoya.
- 5.7 **Capacitación.** El plan de adquisiciones detallado indica los servicios de consultoría, la capacitación y los talleres que son aplicables. Conforme al documento GN-2350-9, si los servicios de consultoría incluyen un componente importante de capacitación o de transferencia de conocimiento al personal del prestatario o a consultores nacionales, en los términos de referencia se deben indicar los objetivos, la naturaleza, el alcance y las metas de capacitación, e incluir detalles sobre los instructores y los funcionarios que recibirán capacitación, los conocimientos que se han de transferir, el plazo y los arreglos de supervisión y evaluación. El costo de la capacitación se debe incluir en el contrato del consultor y en el presupuesto de los servicios.
- 5.8 **Plan de adquisiciones y contrataciones y supervisión.** Se adjunta al presente documento el plan de adquisiciones y contrataciones que abarca la duración del proyecto (véase el [Plan de Adquisiciones y Contrataciones](#)). En el plan se indican

---

<sup>2</sup> Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (documento GN-2349-9), párrafo 1.1: Los servicios distintos de los de consultoría tienen un proceso similar al de las adquisiciones de bienes.

los procedimientos que se aplicarán para las diversas categorías y tipos de adquisiciones y contrataciones. Asimismo, se señala el costo estimado de cada contrato o grupo de contratos y el requisito de revisión previa o posterior del Banco. Se mantendrá la supervisión ex ante para las actividades de alto riesgo o valor. Si se aplica la revisión ex post, se deberá realizar por lo menos una vez al año o con mayor frecuencia en caso de que el volumen de actividades lo justifique. El proceso de revisión ex post incluirá al menos una visita de inspección física. El plan de adquisiciones y contrataciones se actualizará anualmente o según lo requiera el Banco.

- 5.9 **Umbrales.** El umbral de las diversas categorías de adquisiciones y contrataciones y los métodos que corresponden a cada una de ellas están disponibles en [www.iadb.org/procurement](http://www.iadb.org/procurement).

## VI. ACUERDOS FIDUCIARIOS ESPECÍFICOS PARA LA GESTIÓN FINANCIERA

- 6.1 La unidad de ejecución del programa usará un programa informático contable disponible en el mercado para la gestión financiera y los informes del proyecto. El proyecto empleará los mecanismos de la cuenta única de tesorería establecida por el Ministerio de Finanzas para el flujo de fondos de proyectos financiados por socios extranjeros para el desarrollo.
- 6.2 **Programación y presupuesto.** A los efectos del programa, el organismo ejecutor comenzará con un proceso de planificación estratégica que será la base de la presupuestación anual. Asimismo, preparará y ejecutará un plan de operaciones, que incluirá el plan presupuestario, el plan de adquisiciones y contrataciones y el plan financiero, en consonancia con un plan financiero de 12 meses que se exigirá anualmente al organismo ejecutor.
- 6.3 **Desembolsos de tesorería y flujo de fondos.** Los fondos se pondrán a disposición del organismo ejecutor por medio de la cuenta única de tesorería en dólares surinameses y en dólares estadounidenses en el Banco Central para la gestión de los recursos del programa y el BID recibirá un listado de las firmas autorizadas.
- 6.4 Tal como se describió en el párrafo 6.1, el plan financiero de 12 meses servirá de base para determinar los fondos que el Banco desembolsará al organismo ejecutor de manera que pueda cubrir las necesidades del programa durante seis meses en el primer año de implementación. El principal método de desembolso que se utilizará para el proyecto consistirá en el anticipo de fondos. Los anticipos se efectuarán teniendo en cuenta las necesidades de liquidez del proyecto. Otros métodos de desembolso que se emplearán en menor escala son el reembolso de pagos efectuados y el pago directo a proveedores. Los recursos de financiamiento solicitados al Banco son pagaderos de acuerdo con la modalidad de anticipo de fondos por un período de hasta 180 días. El organismo ejecutor controlará adecuadamente la utilización del saldo de todos los anticipos de fondos, cuando se haya gastado el 60% de dicho saldo.
- 6.5 Los desembolsos serán objeto de una revisión ex post, excepto en el caso de las solicitudes de pago directo a los proveedores o al prestatario. El organismo ejecutor se encargará de mantener la documentación adecuada y original que respalde los gastos del proyecto, la cual se facilitará para las revisiones ex post.

- 6.6 **Limitaciones de desembolso.** Conforme al documento AB-2990, el desembolso de los recursos del Banco (Capital Ordinario) estará sujeto a los siguientes límites: (i) hasta el 15% durante los primeros 12 meses; (ii) hasta el 30% durante los primeros 24 meses; y (iii) hasta el 50% durante los primeros 36 meses. Estos límites pueden resultar no aplicables en la medida en que se hayan cumplido los requisitos enunciados en la política del Banco, a condición de que el prestatario haya sido notificado al respecto por escrito. Todos estos períodos se contarán a partir de la fecha en que el Directorio Ejecutivo apruebe la operación de préstamo.
- 6.7 **Sistemas contables y de información.** La unidad de ejecución del programa usará un programa informático financiero-contable. Se recomienda el uso de un sistema contable y de gestión financiera disponible en el mercado. El programa informático, que el Banco debe considerar aceptable, deberá incluir el registro y la clasificación de todas las transacciones financieras e informes financieros (auditados o no auditados) que puede solicitar el BID de vez en cuando. La información relativa a las previsiones y la ejecución financiera real del proyecto y la planificación financiera se gestiona en Excel.
- 6.8 **Control y auditoría internos.** La unidad de ejecución del programa establecerá un sistema de control interno, documentado en el Manual de Operaciones del proyecto, que deberá ofrecer garantías razonables de que (i) los fondos del proyecto se usen para los fines previstos; (ii) los activos del proyecto estén a buen recaudo; (iii) las transacciones, decisiones y actividades del proyecto se autoricen y documenten debidamente; y (iv) las transacciones del proyecto se ejecuten con arreglo a las políticas, prácticas y procedimientos establecidos que se definen en los acuerdos jurídicos. Por otro lado, se deberán disponer adecuadamente la separación de funciones, los niveles de facultad de aprobación para la suscripción de contratos, el compromiso de fondos, la recepción de bienes y servicios, así como el pago a los proveedores y beneficiarios.
- 6.9 **Control externo y presentación de informes.** Una empresa de auditoría independiente, que el BID considere aceptable, realizará la auditoría externa del proyecto. Las auditorías se efectuarán de conformidad con las Directrices del BID para la Presentación de Informes Financieros y Auditorías Externas. La unidad de ejecución del programa se encargará de contratar un auditor externo que el BID considere elegible para realizar la auditoría del proyecto de la siguiente manera: (i) una auditoría financiera anual del proyecto que deberá presentarse dentro de un plazo de 120 días contados a partir del cierre de cada ejercicio fiscal y (ii) una auditoría financiera final del proyecto que deberá presentarse dentro de un plazo de 120 días contados a partir de la fecha del último desembolso. El alcance de la auditoría externa puede modificarse según las necesidades determinadas durante la ejecución del proyecto.
- 6.10 **Plan de supervisión financiera.** El plan de supervisión financiera del proyecto se prepara teniendo en cuenta el riesgo fiduciario del proyecto. Como la unidad de ejecución del programa ha recibido una calificación de alto riesgo fiduciario, se recurrirá a la revisión fiduciaria del proyecto realizada por los auditores externos. A pesar de ello, cada semestre el BID llevará a cabo revisiones documentales y sobre el terreno en relación con el proyecto. Las visitas de supervisión fiduciaria incluirán la verificación de los mecanismos financieros y contables para la gestión del proyecto, así como el seguimiento de cualquier recomendación de implementación formulada por el auditor independiente.



## **VII. MECANISMO DE EJECUCIÓN**

- 7.1 La unidad de ejecución del programa se encarga de la ejecución técnica y operativa del programa y está dirigida por el director del proyecto, que depende directamente del Director de Salud del Ministerio de Salud y representa a la unidad en todos los asuntos relacionados con el programa. Está integrada por un director de proyecto y un especialista en cada uno de los siguientes ámbitos: adquisiciones y contrataciones, gestión financiera, arquitectura/construcción y tecnología de la información y operaciones. Durante la ejecución de las obras de construcción se incluirá apoyo adicional de especialistas en salud y seguridad ambiental y enlace con la comunidad. Además se incluirá un especialista en seguimiento y evaluación. Dicha unidad fortalecerá la capacidad del Ministerio de Salud al trabajar en estrecha coordinación con los líderes técnicos de los componentes asignados por el ministerio y estará a cargo de la gestión financiera, las adquisiciones y contrataciones y la gestión del programa del proyecto. Se encargará de llevar a cabo todas las obligaciones operativas y fiduciarias (incluidas las adquisiciones y contrataciones, la gestión financiera y las salvaguardias ambientales y sociales) necesarias para la ejecución del programa y de mantener todas las comunicaciones formales con el Banco. Las responsabilidades detalladas de la unidad se enunciarán en el Manual de Operaciones del proyecto, que define las normas, los criterios de elegibilidad, los procedimientos y las responsabilidades durante la ejecución.
- 7.2 El director del proyecto y los especialistas en operaciones, finanzas y adquisiciones y contrataciones (personal clave de la unidad de ejecución del programa) llevarán a cabo las actividades operativas y administrativas básicas en su labor diaria.

## **VIII. REGISTROS Y ARCHIVOS**

- 8.1 La unidad de ejecución del programa se encargará de mantener los registros y archivos del proyecto conforme a normas que el Banco considere aceptables. Todos los registros y archivos se conservarán por un período mínimo de tres años contados a partir del final del período de ejecución del proyecto.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/18

Suriname. Préstamo \_\_\_\_/OC-SU a la República de Suriname  
Proyecto de Mejora de los Servicios de Salud

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 la República de Suriname, como prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Proyecto de Mejora de los Servicios de Salud. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$20.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018)