

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **BOLIVIA**

### **FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRALES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ**

**(BO-L1067)**

#### **PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Beatriz Zurita (SCL/SPH), co-Jefa de Equipo; Susan Kolodin (SCL/SPH) co-Jefa de Equipo; Roberto Laguado (PDP/CBO); Zoraida Arguello (PDP/CBO); Jorge Cossio (CAN/CBO); José Luis de la Bastida (VPS/ESG); Javier Jiménez (LEG/SGO); Andrea Salerno (SCL/SCL); y Martha Guerra (SCL/SPH).

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

## ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO .....	1
I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemas y justificación .....	2
B. Objetivos, componentes y costo .....	5
1.Componente I. Fortalecimiento del funcionamiento de la Red Departamental de Salud en Potosí (RDSP) .....	6
2.Componente II. Habilitación, construcción y equipamiento de los EEES .....	7
3.Componente III. Administración, Monitoreo y Evaluación .....	9
C. Indicadores clave de la matriz de resultados .....	9
II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS .....	10
A. Instrumentos del financiamiento.....	10
B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias .....	11
C. Riesgos fiduciarios.....	12
D. Riesgo de sostenibilidad de las inversiones .....	12
III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	13
A. Resumen de medidas de implementación.....	13
B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados .....	15

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

Enlaces Electrónicos
<b>OBLIGATORIOS</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. POA <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36325987">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36325987</a></li><li>2. Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36380490">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36380490</a></li><li>3. Plan de Adquisiciones Completo <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36338226">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36338226</a></li><li>4. IGAS <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36380416">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36380416</a></li></ol> <b>OPCIONALES</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estudio de costo beneficio <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36354481">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36354481</a></li><li>2. Plan de Acción Ambiental y Social <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36395987">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36395987</a></li><li>3. Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF) <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36446647">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36446647</a></li></ol>

## ABREVIATURAS

AA	Análisis Ambiental
BJA	Bono Juana Azurduy
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CS	Centro de Salud
DGP	Dirección General de Planificación
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EESS	Establecimientos de Salud
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPB	Estrategia de País con Bolivia
FOE	Fondo de Operaciones Especiales
FPS	Fondo de Inversión Productiva y Social
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
LPI	Licitación Pública Internacional
MD	Mediano
MPD	Ministerio de Planificación del Desarrollo
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
POA	Plan Operativo Anual
RDSP	Red Departamental de Salud de Potosí
RM	Riesgo Medio
ROP	Reglamento Operativo del Proyecto
RRHH	Recursos Humanos
SABS	Sistema de Administración de Bienes y Servicios
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SAP	Sistema de Administración de Personal
SCI	Sistema de Control Interno
SECI	Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SICOES	Sistema de Contrataciones Estatales
SOA	Sistema de Organización Administrativa
SUS	Sistema Único de Salud
TIRS	Tasa Interna de Retorno Social
TGN	Tesoro General de la Nación
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UGESPRO	Unidad de Gestión de Proyectos
VANS	Valor Actual Neto Social

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**BOLIVIA**  
**FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRALES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE POTOSÍ**  
**(BO-L1067)**

Términos y Condiciones Financieras <sup>1</sup>					
Prestatario: Estado Plurinacional de Bolivia				<b>CO</b>	<b>FOE</b>
			Plazo de amortización:	30 años	40 años
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud y Deportes (MSD)			Período de gracia:	6 años	40 años
			Desembolso:	5 años	5 años
<b>Fuente</b>	<b>Monto US\$ millón</b>	<b>%</b>	Tasa de interés:	FU-Fija	0,25%
BID (CO) 75%:	\$26.25	62	Comisión de inspección y vigilancia:	*	N/A
BID (FOE) 25%:	\$8.75	21			
Local:	\$7.27	17	Comisión de crédito:	*	N/A
Total:	\$42.27	100	Moneda:	Dólares de los EEUU de la facilidad unimonetaria del capital ordinario	Dólares de los EEUU
Esquema del Proyecto					
<p><b>Objetivo del proyecto:</b> El objetivo del proyecto es de contribuir a reducir la mortalidad materno infantil mediante mejoras en el funcionamiento de la Red Departamental de Salud de Potosí. Se enfatizarán acciones que mejoran la calidad de atención en el primer nivel y mayor demanda por estos servicios, y la construcción y equipamiento de Establecimientos de Salud (EESS) que se requieran para completar el funcionamiento de la Red. Se priorizará la ampliación y remodelación de un hospital general de especialidades de referencia.</p> <p><b>Condiciones contractuales especiales</b></p> <p><b>Condición previa al primer desembolso:</b> que haya entrado en vigencia el Reglamento Operativo del Programa (ROP) en los términos aprobados previamente por el Banco. (párrafo 3.6)</p> <p><b>Condición previa al primer desembolso de los componentes I y III:</b> (a) que se haya seleccionado de conformidad con términos de referencia aprobados previamente por el Banco: (i) al personal adicional de apoyo de la Unidad de Gestión de Proyectos (UGESPRO); (ii) al personal adicional de apoyo de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS); y (iii) al personal adicional de la Dirección General de Planificación (DGP); y (b) que se haya presentado al Banco evidencia de la realización de la consulta con la comunidad de Llallagua para la construcción del Hospital Madre Obrera, de conformidad con términos de referencia aprobados previamente por el Banco.</p> <p><b>Condición previa al primer desembolso del componente II:</b> Que el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, el Ministerio de Planificación del Desarrollo, el MSD y el Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS) hayan suscrito uno o más convenios para la ejecución de las actividades de dicho componente. (párrafo 3.6)</p> <p><b>Condiciones especiales de ejecución:</b> (i) previo al lanzamiento de la LPI para la construcción del Hospital Madre Obrera en Llallagua, el MSD deberá mostrar cumplimiento con el Plan de Acción Ambiental para el programa; (ii) previamente a la firma del contrato para construcción del hospital Madre Obrera en Llallagua, el MSD deberá presentar evidencia de que el Manifiesto Ambiental ha sido presentado a las instancias y autoridades correspondientes; y (iii) en un plazo no mayor de 120 días después de haber presentado el Manifiesto Ambiental, el MSD deberá mostrar evidencia de la obtención de la correspondiente licencia ambiental para la construcción del Hospital Madre Obrera.</p> <p><b>Adquisiciones:</b> Todas las adquisiciones del programa se realizarán de conformidad con las políticas y procedimientos del Banco en la materia, tal como definidos en los documentos GN-2349-9 y GN-2350-9.</p> <p><b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> No se prevén excepciones a las políticas del Banco.</p> <p>El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Si [ x ] No [ ]</p> <p>El proyecto califica como: SEQ [ ] PTI [ x ] Sector [ ] Geográfica [ x ] % de beneficiarios [ ]</p>					

\* La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del capital ordinario. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

## I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 Bolivia ha experimentado avances importantes en los indicadores de desarrollo social. No obstante este progreso, Bolivia se mantiene entre los países con mayores índices de pobreza y desigualdad de las Américas. Bolivia está entre los últimos países de la región en términos de expectativa de vida al nacer y mortalidad materno infantil. Una proporción significativa de la población boliviana convive con desnutrición y enfermedad en un contexto de pobreza crónica; a estos desafíos se añade la pobre calidad y distribución de la infraestructura que resulta en un acceso inequitativo a servicios de salud de calidad. El resultado es una alta vulnerabilidad a enfermedades para las cuales existen intervenciones de diagnóstico y tratamiento de costo efectividad comprobado.
- 1.2 **Mortalidad infantil y materna.** Bolivia presenta la segunda tasa de mortalidad infantil (TMI) más alta de la región de América Latina, superada por Haití<sup>1</sup>. Aunque entre 1989 y 2003 hubo una reducción en las diferencias en tasas por área geográfica y región, en el 2008, la TMI aumentó en el área rural<sup>2</sup>. Las causas de mortalidad infantil están marcadas por la neumonía y la diarrea. Esta última alcanza una tasa de 22,7%, con diferencias importantes entre departamentos del país<sup>3</sup>. La tasa es cerca de 1,7 veces más alta en zona rural que en zona urbana<sup>4</sup>. La incidencia de diarrea en niños menores de cinco años ha aumentado en los últimos 10 años, y la tasa de mortalidad materna es la que menos ha mejorado. Las hemorragias durante el embarazo son la primera causa de muerte materna; los abortos y las hemorragias correspondientes son la tercera causa. La mortalidad infantil y la materna están en gran parte condicionadas por las desigualdades en el acceso a los servicios de salud: por ejemplo, en 2008, la cobertura de parto asistido por personal calificado se encontraba en 71% a nivel nacional y en 51% en zona rural, y en Potosí estaba en 31,7%<sup>5</sup>. La concentración de muertes maternas y neonatales en área rural implica la necesidad de fortalecer la promoción y reconocimiento de señales de alarma para emergencias obstétricas, neonatales e infantiles, así como mejorar el acceso a una red de servicios de salud con capacidad resolutive, que incluye camas hospitalarias, con suficiente equipo y recursos humanos especializados que si actúan a tiempo contribuyen a reducir la morbilidad y mortalidad<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Bolivia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 página. 26, Si bien hubo mejoras entre 1990 y 2005, en 2008, la mortalidad materna de Bolivia se registró en 310 por 100,000 nacidos vivos. La TMI en Haití es de 540.

<sup>2</sup> A. L. Prieto y C. Cid, “Análisis del Sector Salud de Bolivia”, BID, Agosto 2010, página iv.

<sup>3</sup> A. L. Prieto y C. Cid, “Análisis del Sector Salud de Bolivia”, BID, Agosto 2010, página v.

<sup>4</sup> A. L. Prieto y C. Cid, “Análisis del Sector Salud de Bolivia”, BID, Agosto 2010, página 20.

<sup>5</sup> A. L. Prieto y C. Cid, “Análisis del Sector Salud de Bolivia”, BID, Agosto 2010, página 27.

<sup>6</sup> Jamison, Dean, et al *Disease Control Priorities in Developing Countries second edition; The World Bank and Oxford University Press; pp. 522 – 523; 2006.*

- 1.3 **Organización del Sector Salud.** De acuerdo con la nueva normatividad nacional comenzando a ser implementada, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es el ente rector del sector al nivel nacional. Corresponde al MSD elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen su funcionamiento, así como ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud (SUS) en un contexto de gestión autonómica<sup>7</sup>. Los Gobiernos Departamentales, mediante el Servicio Departamental de Salud (SEDES) tienen responsabilidad de formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional y otras funciones relacionadas con la rectoría del sistema departamental. También se encargan de la dotación de infraestructura de tercer nivel<sup>8</sup> y acreditación de los servicios. A los municipios les corresponde formular y ejecutar el Plan Municipal de Salud, administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, y asegurar el mantenimiento del primer y segundo nivel, y dotar a los mismos con servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, etc<sup>9</sup>. Los servicios de salud están organizados en redes municipales y funcionales, que integran puestos de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), equipos móviles, Centros SAFCI con camas, hospitales básicos, y hospitales generales. En teoría, el paciente tiene derecho a una red de servicios y debe acudir cuando percibe una necesidad no urgente de atención para un problema de salud o enfermedad en el horario regular a la unidad más cercana y es referido dentro de la red mediante el sistema de referencia y retorno, de acuerdo con la naturaleza de su problema y la capacidad de cada nivel de proveer la atención requerida. Para el caso de necesidades de urgencia, el paciente debe recurrir a la unidad de la red más cercana que tiene atención ampliada para allí recibir la referencia a otras unidades.
- 1.4 El departamento de Potosí es uno de los más pobres del país y con altas tasas de mortalidad infantil y materna. El departamento registra una población de 788.406 habitantes (7,7% de la población nacional), con una marcada presencia en áreas rurales<sup>10</sup> (65%). De esta población, la gran mayoría es de origen Quechua (59%) y Aymará (7%)<sup>11</sup>. El departamento cuenta con 40 servicios municipales integrados en 11 Redes Funcionales de Salud. En dichas redes operan 330 puestos de salud,

---

<sup>7</sup> La Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", Ley No. 31 de 19 de julio de 2010, Artículo 81.

<sup>8</sup> Las clasificaciones de atención de salud corresponden a la calificación de los RRHH y capacidad resolutoria que tienen. Tradicionalmente, la atención más básica se ofrece de manera ambulatoria y se llama *primer nivel*. Para casos más complicados se requiere de un área de camas y recursos con mayor capacidad diagnóstica y terapéutica. Estos hospitales básicos tienen las especialidades de gineco-obstetricia, medicina interna, cirugía, y pediatría y se conocen como de *segundo nivel o general*. Los hospitales que tienen los recursos para atender las enfermedades más complicadas y graves cuentan con más especialidades y se conocen como de *tercer o hasta cuarto nivel*. No obstante, actualmente, la tendencia es de distinguir no por *nivel* sino por tipo de atención ambulatoria y hospitalaria, y tipo de complejidad básica o especializada llegando a la alta especialidad.

<sup>9</sup> La Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", Ley No. 31 de 19 de julio de 2010, Artículo 81.

<sup>10</sup> MSD, "Anuario Estadístico En Salud 2009", Publicación 192, página 18.

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística y Viceministerio de Asuntos Indígenas, Censo 2001.

145 centros de salud (38 camas), cuatro hospitales básicos con 129 camas en total (todas en zona urbana) y un hospital general de tercer nivel (Daniel Bracamonte en la ciudad de Potosí, con 153 camas). En total, hay 476 establecimientos públicos de primer nivel, cuatro de segundo nivel y uno de tercer nivel<sup>12</sup>. Como resultado de los esfuerzos para mejorar el acceso, el 92% del total de establecimientos del sector público en Potosí se encuentra en áreas rurales. Sin embargo, ninguno está acreditado ni cumple con los criterios de operación del Gobierno de Bolivia; el 80% tiene equipamiento médico y personal insuficiente. El 40% de la infraestructura está en malas condiciones; 50% no tiene agua o no es potable, y 26% no tiene saneamiento básico ni servicio de agua potable.<sup>13</sup> En 2010 se reporta en las estadísticas institucionales del SNIS que la tasa promedio de atención institucional del parto en Potosí fue de 42%, con una variación por municipio entre 7% y 60%.

- 1.5 Por falta de conocimiento respecto a las señales de alarma para emergencias obstétricas y neonatales y la pobre capacidad resolutive del primer nivel, las personas postergan atención y/o buscan atención en los hospitales de las áreas urbanas, particularmente cuando la situación se ha vuelto grave. Todo esto contribuye a una muy baja demanda y el uso ineficiente de todos los diferentes niveles de servicios de salud. El hospital de tercer nivel en el centro urbano de Potosí, reporta que hasta 70% de las consultas atendidas son atenciones ambulatorias que podrían resolverse en el primer o segundo nivel. Esta situación resulta en una subutilización de los puestos y centros de primer nivel, y la saturación del hospital, produciendo ineficiencias en ambos lados. Desafortunadamente, los otros cuatro hospitales de la red departamental tienen deficiencias que les impiden poder atender casos graves, por lo que tienden a referir todos los casos graves y no sólo a los pacientes con enfermedades más complejas, para ser atendidos en los centros urbanos de Potosí, Oruro o Sucre.
- 1.6 Para revertir la tasa de mortalidad materno infantil, la literatura señala la necesidad de incrementar partos institucionales, asegurando la calidad de las atenciones recibidas en los EEES<sup>14</sup>. El Gobierno de Bolivia está implementando un programa de transferencias condicionadas que tiene el propósito de incentivar la utilización de servicios pre-natales, parto institucional, y atención infantil hasta 24 meses. El BID, mediante el Préstamo 2252-BL/BO, está financiando el Bono Juana Azurduy (BJA), el cual incentiva la utilización de servicios materno infantiles. Con este mismo Préstamo así como el 1839/SF-BO, se está apoyando al gobierno en mejorar la calidad de la atención mediante inversiones en infraestructura, equipamiento y capacitación de recursos humanos en salud, en aproximadamente 40 municipios.

<sup>12</sup> La integración en redes implica un cambio de tipo en 140 unidades de servicio, y aumenta a 476 las unidades en servicio de acuerdo al SNIS 2010 información de la DGP 2011. La última información publicada del MSD, “*Anuario Estadístico En Salud 2009*”, Publicación 192, página 27 y 54 reporta solamente 459 unidades en el departamento de Potosí.

<sup>13</sup> H. Espinoza del Villar, “Informe Técnico Analítico – Estudio de Brechas y de Redes”, Febrero 2010, página 26 y los resultados del Diagnóstico Rápido de las Redes de Salud Potosí, Marzo 2011.

<sup>14</sup> Véase, por ejemplo, Cordero, Luis Muñoz Salud de la Mujer Indígena; Banco Interamericano de Desarrollo; pp 73 – 78; 2010; y Jamison, Dean, et al *Disease Control Priorities in Developing Countries*.



En paralelo, el Banco Mundial está apoyando la operatividad del BJA, así como inversiones en infraestructura y equipamiento en 42 municipios. En este contexto, y con el fin de asegurar una capacidad de respuesta con calidad, el MSD ha priorizado: (i) el fortalecimiento de la capacidad resolutive de primer nivel; (ii) la reorientación de las redes con enfoque SAFCI; y (iii) completar las redes funcionales mediante una mejor capacidad resolutive y calidad de la atención en el segundo nivel. La presente propuesta busca apoyar estas tres prioridades del gobierno.

- 1.7 **Estrategia de País con Bolivia (EBP) 2011-2015 (GN-2631).** El Plan de Gobierno 2010-2015 establece como prioridad la creación de un sistema de salud que elimine la exclusión social, con una orientación familiar-comunitaria intercultural, y que integre la medicina tradicional. Para el período 2011-2015, la participación del Banco en el sector tendrá como objetivo apoyar en mejorar la calidad y cobertura de la oferta de servicios de salud para poblaciones pobres e indígenas enfocando el fortalecimiento de la gestión y la organización del sistema de salud, incluyendo la estructuración de redes, formación y gestión de los recursos, y de calidad y efectividad en la provisión de servicios; el desarrollo de programas de estímulo de la demanda de servicios; el apoyo a la oferta de servicios mediante la inversión en infraestructura y equipamiento de salud; y la integración de los sistemas de información y monitoreo en el sector para que correspondan a las nuevas normativas del modelo SAFCI.
- 1.8 La operación propuesta contribuirá directamente a la mejora del capital humano, en línea con las metas de Salud y Seguridad Social del pilar “Bolivia DIGNA”, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, que pone énfasis particular en acciones de política pública en materia de salud, y en línea con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Objetivos 4 y 5). La operación propuesta también se encuadra dentro de la política social para favorecer la igualdad y la productividad, promovida por el mandato del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764). Los resultados esperados de la presente operación van a sostener las metas de desarrollo regional de reducción de la mortalidad materna e infantil y a contribuir al indicador de personas (todas e indígenas) que se benefician de un paquete básico de servicios de salud. Finalmente, la operación sostendrá el empeño institucional de apoyo a los países de menor desarrollo relativo. Asimismo, el proyecto producirá un efecto demostrativo que informará al MSD para fortalecer a las demás redes departamentales de salud en el país, por lo cual se realizarán las coordinaciones y diseminación de buenas prácticas que se requieran.

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

- 1.9 El objetivo del proyecto es de contribuir a reducir la mortalidad materno infantil mediante mejoras en el funcionamiento de la Red Departamental de Potosí. Se enfatizarán acciones que mejoren el acceso y la calidad de atención en el primer nivel y mayor demanda por estos servicios, y la construcción y equipamiento de EESS que se requieran para completar el funcionamiento de la Red. Se priorizará la ampliación y construcción de al menos un hospital general con especialidades de referencia. Los componentes identificados son:

## **1. Componente I. Fortalecimiento del funcionamiento de la Red Departamental de Salud en Potosí (RDSP) (US\$4,65 millones)**

- 1.10 El programa apunta a mejorar el funcionamiento de la RDSP en los aspectos de promoción de los servicios de salud, un sistema de referencia y retorno, una estrategia de gestión institucional de la red funcional e integral en Potosí, mejorar la capacidad de realizar el mantenimiento y reparación de los equipos médicos e industriales, así como en aspectos de mejoras en la gestión. Las actividades clave a ser financiadas son las siguientes:
- 1.11 Apoyo a la promoción de los servicios de salud incluyendo: (i) un estudio sobre las causas de baja utilización de la red asistencial, para partos y atención perinatal e infantil; (ii) adecuación e implementación de material educativo, guías didácticas para proveedores y campañas de medios masivos en las tres lenguas; (iii) financiamiento de 12 meses de practica de 30 obstétricas<sup>15</sup> que se estén en formación en la Universidad del Siglo XX; (iv) capacitación del personal de los centros de primer nivel en atención del parto, y la atención de situaciones de riesgo obstétrico y neonatal; y (v) capacitación al personal de los centros de primer nivel en aspectos socio-culturales y el buen trato en la atención de la salud.
- 1.12 Para fortalecer el funcionamiento del sistema de referencia y retorno se financiará: (i) un sistema de comunicaciones para el intercambio de información entre los EEES y el SEDES y las unidades móviles de emergencias; (ii) implementación de protocolos de referencia y retorno; (iii) el diagnóstico y desarrollo de un sistema de telecomunicaciones para manejar las referencias; se financiarán radios, teléfonos celulares y sistemas de apoyo; (iv) adquisición de tres ambulancias con equipamiento de emergencia y reanimación, y tres camionetas para uso en la logística de la red; y (v) adquisición de equipamiento y readecuación de infraestructura para el funcionamiento del Centro Regulador de Urgencias (ver componente II).
- 1.13 Se fortalecerá la gestión institucional de la red integral de Potosí, financiando: (i) implementación de la política de RRHH en salud en el departamento de Potosí enfatizando la integración del personal de los programas “verticales”<sup>16</sup> para trabajar en equipo a nivel local como un ES, y un ejercicio piloto en la Red Uncía; (ii) un programa de formación de al menos 25 técnicos en mantenimiento y reparación de equipos médicos e industriales, basado en el modelo de Gestión Tecnológica que está aplicando el MSD; (iii) se fortalecerá la capacidad de gestión, compra y distribución de medicamentos e insumos médicos para la RDSP, en el marco de la propuesta de licitación única de medicamentos,

---

<sup>15</sup> Las obstétricas son un nuevo RRHH de nivel técnico capacitado para atender partos y en general proporcionar atención materno infantil. Este RRHH podría estar ubicado en puestos y centros de salud aumentando la capacidad resolutive de los mismos. Sustituyen a los médicos para atender la mayor parte de las atenciones materno infantiles.

<sup>16</sup> Por ejemplo, el Programa Desnutrición Cero emplea médicos y otros profesionales, y el Bono Juana Azurduy, cuenta con el apoyo de los médicos cubanos; programas autónomos que tienen personal que maneja sus áreas y su tiempo sin integrarse al equipo de los centros de salud.

financiando: (a) un estudio sobre la factibilidad de establecer un sistema de compra conjunta entre municipios y de entrega descentralizada por parte de los proveedores; y (b) el diseño, socialización e implantación del modelo de compra en el departamento de Potosí; (iv) se fortalecerán las capacidades de gestión financiera y administrativa para directivos de los municipios, centros de salud y SEDES financiando: (a) capacitación a los encargados municipales de salud en gestión financiera y administrativa; y (b) capacitación en Gestión del Personal e Infraestructura; (c) la elaboración de un reglamento para la gestión de recursos humanos al nivel departamental; y (d) el diseño e implementación de un sistema de gestión de personal enlazado entre todos los EESS y el SEDES; y (v) difusión del sistema de regulación de las construcciones sanitarias en el departamento.

## **2. Componente II. Habilitación, construcción y equipamiento de los EESS (US\$28 millones)**

- 1.14 El segundo componente de obras múltiples, financiará la ampliación y refacción de al menos un hospital de referencia con especialidades, y de otros establecimientos de la RDSP, de tal manera de asegurar el funcionamiento adecuado de la red.
- 1.15 Para ello, se financiará: ampliación, refacción y equipamiento del Hospital Madre Obrera de Llallagua. Para este hospital se prevé una infraestructura que atrae al personal profesional, asegurando la atención en las cuatro especialidades básicas<sup>17</sup>, además de emergencias en una zona de difícil acceso duplicando la capacidad instalada de 45 a casi 90 camas. Se prevé una rotación de diversos especialistas, al menos por jornadas parciales. El esquema de gestión garantizará atención de 24 horas los 365 días del año, asegurando la capacidad de servir de referencia para más de 90.000 habitantes, disminuyendo la derivación de pacientes hacia Oruro o Sucre. (Para la descripción más detallada de los servicios a ser ofrecidos, ver [Hospital de Llallagua](#)). La construcción y habilitación se realizará por etapas para asegurar el funcionamiento del actual establecimiento mientras dure la construcción, estimada en más de tres años.
- 1.16 Reemplazo del Centro de Salud (CS) sin camas, Madre Obrera de Llallagua. Para poder atender a una población de 18.132 habitantes, se financiará la construcción y equipamiento de un nuevo centro de salud que ofrecerá consultorios generales; consultorio odontológico; salas de vacunación; de crecimiento y desarrollo infantil; programa tuberculosis; y otros (para la lista completa de atenciones, ver “[Centro de Salud Madre Obrera de Llallagua](#)”). El nuevo centro de salud entregará atención 12 horas diarias, para lo cual se plantea un nuevo esquema de funcionamiento en dos turnos de trabajo, entregando así más facilidades a la población. El tiempo estimado de construcción es menos de un año al contar ya con la estructura básica del edificio.

---

<sup>17</sup> Pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna agregando la capacidad de traumatología para este hospital de Llallagua.

- 1.17 Reemplazo y equipamiento del CS sin camas, Sagrada Familia de Potosí. Actualmente, en el Hospital Bracamonte en la ciudad de Potosí, 70% de las atenciones prestadas son atenciones ambulatorias que deberían ser prestadas en el primer nivel de atención. Se ha determinado que se requiere de un CS que pueda funcionar durante 12 horas, y atender a la alta demanda no atendida que existe en esta ciudad. El nuevo centro cumplirá dos propósitos generales: (i) de proveer mejor atención al nivel más cercano a la población y a menor costo; y (ii) descongestionar el Hospital Daniel Bracamontes, permitiéndole enfocarse mejor en atenciones especializadas.
- 1.18 Para atender estas necesidades, se financiará la construcción y equipamiento de un nuevo CS en la zona urbana de Potosí, que proveerá los siguientes servicios, entre otros: consultorios generales; consultorio odontológico, sala de vacunación, sala crecimiento y desarrollo infantil; sala programa tuberculosis; sala tratamiento ambulatorio respiratorio, sala emergencias y reanimación, sala de curaciones, inyectables y procedimientos y otros. El tiempo estimado de construcción es de al menos un año.
- 1.19 Refacciones, ampliaciones y equipamiento. Se financiará refacciones en al menos 50 puestos y centros de salud. Se enfatizará la disponibilidad de agua y saneamiento básico, así como otras mejoras y reparaciones necesarias. Se ampliará al menos 25 EESS, para permitir el cambio de clasificación entre puesto de salud y CS. Se considerará la construcción de casas maternas para mujeres embarazadas y sus familiares que vienen de zonas rurales para esperar su parto. Se equipará al menos 200 EESS de acuerdo con las necesidades establecidas en el Estudio de Brechas en Salud. También se financiará la readecuación de un espacio para la instalación del Centro Regulador de Urgencias. Cada una de estas intervenciones deberá ser de menos de un año cada una.
- 1.20 Posible ampliación de un hospital de segundo nivel<sup>18</sup> para completar el funcionamiento de las redes en el sur del departamento de Potosí. Está pendiente dimensionar el funcionamiento de la red en esa zona, lo que determinará la necesidad y prioridad de la inversión. El hospital debería resolver las limitaciones de la red y cubrir un déficit que resulte en un costo-beneficio razonable además de los criterios del acápite 1.22. La selección del lugar se basará en los criterios establecidos abajo. El tiempo de construcción dependerá del sitio seleccionado y los requerimientos de la remodelación-ampliación.
- 1.21 Se han establecido los siguientes criterios para priorizar los EESS a ser refaccionados y ampliados:

---

<sup>18</sup> El MSD y el SEDES Potosí están en proceso de completar el diagnóstico de las necesidades de inversión en la RDSP. La estimación de las metas por tipo de EESS se basa en un diagnóstico preliminar que tendrá que concluir con la definición de prioridades y el desarrollo de los estudios de pre-inversión que justificarán el costo-beneficio de cada una de las inversiones en ampliación, refacción o equipamiento de EESS. En el caso de que se justifique el costo-beneficio de ampliar otro de los hospitales de Potosí, se podrá autorizar el uso de recursos de este componente.

- a. Índice de salud municipal, menos a .5 (Índice de Salud Municipal - agua, energía eléctrica, educación, IRA, EDA);
  - b. Completar el funcionamiento de la RDSP con prioridad en CONE;
- 1.22 Los criterios para priorizar construcciones nuevas son:
- a. Hospital: (i) déficit de camas hospitalarias y atención especializada por población; (ii) población mayor a 50.000; (iii) accesibilidad para poblaciones rurales (no mayor a 2 horas); y (iv) viabilidad social para el RRHH;
  - b. Centros de salud urbanos: (i) completar el funcionamiento de la RDSP con prioridad en CONE; (ii) población mayor a 15.000 – 30.000; y (iii) infraestructura en malas condición.
- 1.23 Los criterios para Puestos y CS a ser refaccionados o ampliados son: (i) completar el funcionamiento de la RDSP con prioridad en CONE; (ii) poblaciones para Puesto de Salud entre 500 y 1.000; CS 1.000 – 5.000; y CS con cama 5.000 - 30.000; y (iii) infraestructura en malas condiciones.

### **3. Componente III. Administración, Monitoreo y Evaluación (US\$2,34 millones)**

- 1.24 El proyecto financiará el fortalecimiento institucional de las áreas del MSD encargadas de la ejecución del proyecto. En particular, para la Unidad de Gestión de Proyectos (UGESPRO), se financiará la contratación de un especialista en adquisiciones, un asistente en adquisiciones, y un asesor jurídico. Asimismo, se fortalecerá la capacidad de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) para preparar y supervisar obras en salud mediante la contratación de cuatro consultores de línea (ingeniero civil, arquitecto, ingeniero biomédico, técnico de mantenimiento de equipos), quienes serán absorbidos a la planta del MSD a lo largo de la ejecución del proyecto. Se fortalecerá la capacidad de gestión del SEDES Potosí mediante la contratación de consultores y especialistas para las áreas prioritarias para la ejecución del Programa.
- 1.25 Para el monitoreo y evaluación del programa, se financiará el fortalecimiento de la unidad dentro de Dirección General de Planificación (DGP) que se encarga de monitorear el avance en los indicadores clave para el MSD. Asimismo, se financiará la evaluación final, la cual consiste en la realización del Estudio de Brechas de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en el departamento de Potosí.

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

- 1.26 El cuadro I-1 refleja las metas de resultados e impacto según la [Matriz de Resultados](#). Además de la lógica vertical, se generan sinergias entre las intervenciones: el logro de mejores capacidades de la infraestructura y del personal para atender el embarazo, el parto normal y las complicaciones del parto, y contribuyen a identificar y atender oportunamente las complicaciones obstétricas en el hospital. Mejoras en la promoción y la calidad de atención deben

generar una mayor demanda de atención institucional del parto reduciendo eventualmente la mortalidad materna, neonatal e infantil. Se proyecta que en el quinto año y con recursos del programa, el MSD en Potosí atenderá a 14.900 mujeres con parto institucional en EESS que ofrecen CONE. En cinco años se habrá atendido a más de 14.900 partos con ese estándar de calidad, habiendo aumentado la tasa de nacimientos en esos EESS de 10,0 % hasta 40,0% en los municipios atendidos. El último año se tendrá la capacidad de dar mantenimiento en el 50% de los EESS que tendrán profesionales capacitados en infraestructura que cumple con las normas de caracterización para la atención materno infantil.

**CUADRO I-1 RESUMEN DE LA MATRIZ DE RESULTADOS (IMPACTOS Y RESULTADOS)**

Descripción	Base país	Base país	Meta final país*
<b>Impacto</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>	<b>Meta 2017</b>
Mort. materna (por 100.000 NV, ENDESA)	229,0	310,0	<100,0
Mort. infantil (por 1.000 NV, MSD)	50,0	NA	<30,0
Mort. neonatal (por 1.000 NV, ENDESA) Bolivia 2008	27,0	0	ND
<b>Resultados finales</b>	<b>Base país 2010</b>	<b>Base Dept Potosí 2010</b>	<b>Meta final Potosí 2017</b>
Cobertura parto institucional (% , MSD metas de gestión departamental)	40***	36	55
Mujeres con complicaciones obstétricas referidas al nivel apropiado (% , fuente MSD)	ND	53	80
Mujeres con complicación obstétrica atendidas en Hospital (% , fuente MSD)	ND	56	80
<b>Resultados intermedios**</b>	<b>País 2011</b>	<b>Potosí 2011</b>	<b>Potosí 2017</b>
Disponibilidad de personal capacitado en el mantenimiento de equipos médicos y no médicos por nivel de EESS (% , fuente: Estudio de Brechas CONE)	14,7	10,0	50,0
Número de EESS que cumplen con normas de caracterización del MSD en cuanto a infraestructura, equipo y RRHH (número, fuente: Estudio de Brechas CONE)	0	0	200
Número de RRHH capacitados para CONE (% , fuente: Estudio de Brechas CONE)	ND	50	200

\* Las metas de mortalidad materna e infantil para el 2017 son las metas del milenio acordadas por el país que por el grado de avance será muy difícil de cumplir. No hay una meta de mortalidad neonatal y sólo se estima por encuesta al igual que la mortalidad materna por los problemas de registro de información de nacimientos y muertes.

\*\* La matriz de resultados completa prevé la desagregación de los indicadores, en particular los de resultados intermedios, por etnia y género, en cumplimiento del Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764).

\*\*\* MSD reporta “en establecimientos de salud” y en hogares, se corregirá para ser compatible con el indicador internacional en servicio de salud.

## **II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS**

### **A. Instrumentos del financiamiento**

- 2.1 El costo total del programa asciende a US\$42,27 millones de los cuales US\$35 millones serán financiados por el Banco; US\$26,25 millones serán financiados con recursos de Capital Ordinario y US\$8,75 millones con recursos del Fondo de Operaciones Especiales (FOE). US\$7,27 millones representan la contrapartida local. El presupuesto consolidado por componente se indica a continuación. El período de ejecución fue estimado en cinco años y el de desembolso

en cinco años y medio. (Ver [Presupuesto Detallado](#)). El pronóstico de desembolsos se presenta en el cuadro II-2.

**CUADRO II-1. COSTOS US MILLONES**

<b>Categorías de Inversión</b>	<b>BID</b>	<b>Contrapartida Local</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Componente I:</b> Fortalecimiento del funcionamiento de la Red Departamental de Salud en Potosí	4.65	0.19	4.84	11
<b>Componente II:</b> Habilitación, construcción y equipamiento de ES	28.01	7.00	35.01	83
<b>Componente III:</b> Administración, Monitoreo y Evaluación	1.64	0.08	1.72	4
Auditoría del programa	0.20	0.00	0.2	0
Imprevistos	0.50	0.00	0.5	1
<b>TOTAL</b>	<b>35.00</b>	<b>7.27</b>	<b>42.27</b>	<b>100</b>

**CUADRO II-2 - PRONÓSTICO DESEMBOLSOS**

<b>Año I</b>	<b>Año II</b>	<b>Año III</b>	<b>Año IV</b>	<b>Año V</b>	<b>Total</b>
\$1.4	\$4.2	\$12.3	\$12.3	\$12.3	<b>\$42.3</b>
3%	10%	29%	29%	29%	<b>100%</b>

## **B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias**

- 2.2 De acuerdo con los filtros de salvaguardas ambientales y sociales (OP-703), la operación ha sido clasificada Categoría B ([Filtros ESR](#)). Las actividades que presentan riesgos e impactos ambientales y sociales adversos previstos para esta operación son aquellas que se relacionan a la ampliación y refacción del Hospital Madre Obrera de Llallagua; ampliación y refacción de los diferentes EEES y la construcción de dos CS y un hospital.
- 2.3 Los potenciales impactos y riesgos ambientales y sociales identificados para esta operación están mayormente asociados con la construcción y operación de la nueva unidad hospitalaria, e incluyen: (i) los pasivos ambientales como producto del ineficiente manejo de residuos de los establecimientos de salud ya existentes; (ii) irregularidades con la respectiva licencia ambiental; (iii) la generación de impactos típicos ambientales y sociales durante la etapa de construcción<sup>19</sup>; y (iv) impactos y riesgos identificados durante la operación del hospital, tales como infecciones hospitalarias, descargas de efluentes, y el uso, almacenamiento y disposición final de sustancias peligrosas, incluyendo residuos de laboratorio y material radiológico. Durante el análisis del programa, se ha preparado el respectivo Análisis Ambiental (AA) cuyos resultados se encuentran en el [Informe de Gestión Ambiental y Social](#) (IGAS).
- 2.4 Se considera que el proyecto generará impactos sociales positivos. El proyecto contempla trabajos con las comunidades indígenas para asegurar una adecuación socio-cultural de los servicios de salud; desarrollo de material educativo en las tres lenguas en uso, capacitación y sensibilización de los proveedores en salud para asegurar el “buen trato” a los pacientes, así como la señalización respectiva

<sup>19</sup> Generación de escombros, polvo, ruido, incremento del tráfico y generación de gases efecto invernadero debido a la presencia de maquinaria pesada, entre otros.

en las unidades de salud. Por otro lado, la operación no contempla el reasentamiento de personas para ninguna de las obras previstas.

- 2.5 La operación tendrá un plan de acción para tratar tanto los problemas existentes como los problemas a futuro relacionados a las limitaciones de agua potable, gestión de residuos, descargas de fluidos, generación de energía e implementación de los conceptos de “*greenbuilding*”. (Ver [IGAS](#))

### **C. Riesgos fiduciarios**

- 2.6 El análisis de capacidad institucional del MSD arrojó una calificación total de 61%, un grado de desarrollo institucional de capacidades Mediano (MD) y un nivel de Riesgo Medio (RM). Se considera importante fortalecer los siguientes sistemas: (i) Sistema de Organización Administrativa (SOA) (55%); (ii) Sistema de Administración de Personal (SAP) (59%); (iii) Sistema de Administración de Bienes y Servicios (SABS) (54%); y (iv) Sistema de Control Interno (SCI) (52%) todos ellos con un nivel de desarrollo incipiente.
- 2.7 El programa enfrenta riesgos fiduciarios de tipo bajo asociados al flujo de fondos, producción de reportes financieros, cumplimiento de normas financieras y de adquisiciones así como deficiencias en la planificación y calidad en las adquisiciones. Para su mitigación se deberá hacer una inscripción presupuestaria oportuna de los recursos a ser ejecutados, que incluye el diseño de un manual de procedimientos para esta inscripción y sus modificaciones.
- 2.8 Por otro lado, existe alto riesgo en la licitación y contratación de la construcción y equipamiento del hospital. Para mitigar este riesgo el programa deberá contar con apoyo especializado para la elaboración de las especificaciones técnicas de las obras civiles y el equipamiento médico requerido, y el diseño de un contrato ejecutable. El FPS proveerá dicho apoyo especializado, por cuanto tiene la solidez y capacidad fiduciaria para impulsar procesos de adquisiciones bajo normativa del Banco, lo cual ha sido comprobado a través de la actualización de su análisis Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI) y de su rol como ejecutor en varios proyectos<sup>20</sup>. No obstante lo dicho, FPS deberá complementar su capacidad con expertos en contratos complejos en el sector médico hospitalario y un especialista en adquisiciones de alta complejidad en el área hospitalaria, además de personal técnico especializado en preinversión y equipamiento médico hospitalario. El FPS deberá asignar suficiente personal experto en supervisión para revisar la calidad de las obras y el cumplimiento de los contratos de infraestructura que también estarán a su cargo.

### **D. Riesgo de sostenibilidad de las inversiones**

- 2.9 El mayor riesgo al logro del objetivo del proyecto es que mientras se mejora la calidad y capacidad resolutive de los EESS, la demanda y el uso de servicios se

---

<sup>20</sup> Proyectos incluyen del sector Agua y Saneamiento (1075/SF-BO, 1927/BL-BO), Social (2252/SF-BO, 1839/SF BO), y Recursos Naturales (2057/BL-BO).



incrementen muy lentamente. Dado que el proyecto contribuirá a incrementar la cantidad y calidad de atención, una baja o ineficiente utilización de los servicios resultaría en capacidad ociosa y bajas tasas de ocupación del hospital. La velocidad del crecimiento de la demanda y uso de servicios es el factor principal que determina la rentabilidad de la inversión. El análisis de costo-beneficio para el hospital muestra en un escenario con cuatro veces la demanda actual en 30 años operando al 85% de ocupación un Valor Actual Neto Social (VANS) positivo con una tasa de descuento de 12,67%<sup>21</sup>; donde la tasa interna de retorno social (TIRS) es de 15,7%. En el mismo período el uso parcial de la infraestructura generan beneficios sociales con TIRS más bajas entre 10-15%. Para mitigar este riesgo, se realizarán actividades específicas para fomentar la demanda, promocionando la identificación de señales de alarma para mujeres embarazadas y niños menores a dos años, y comunicando las mejoras en la calidad de atención. Por otro lado, el proyecto busca atender a la población tradicionalmente excluida, reconociendo que la atención a personas en zonas rurales y de difícil acceso requiere de una mayor asignación de gasto. Para garantizar la sostenibilidad técnica de la operación se incluye el compromiso de recursos de Tesoro General de la Nación (TGN) como contrapartida local del Componente II para la contratación y pago del personal e insumos para los EESS refaccionados y ampliados de la RDSP.

### **III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN**

#### **A. Resumen de medidas de implementación**

- 3.1 El MSD es el ejecutor del proyecto, y el esquema de ejecución se basa en el esquema de los otros proyectos del BID ejecutados por el mismo Ministerio. La DGP, en coordinación con la DGSS se encargarán del manejo técnico del proyecto. Las funciones de la DGP incluirán: (i) coordinar con la DGSS para tomar las decisiones técnicas de la ejecución del programa; (ii) gestionar la inscripción de los Planes Operativos Anuales (POA) en el presupuesto general de la nación; (iii) solicitar y autorizar pagos relacionados a la operación; (iv) presentar al Banco las solicitudes de desembolso y los estados financieros auditados; (v) preparar y poner a disposición del público los informes iniciales, semestrales y otros requeridos por el Banco; y (vi) cumplir con las cláusulas del contrato de préstamo. La DGSS tendrá la responsabilidad de preparar (i) los POA, y (ii) los expedientes técnicos para las obras y equipamientos a ser adquiridos por FPS. La DGSS será fortalecida mediante la contratación de cuatro consultores de línea (ingeniero civil, arquitecto, ingeniero biomédico y técnico de mantenimiento de equipos), quienes serán absorbidos a la planta del MSD a lo largo de la ejecución del proyecto.
- 3.2 Para la administración de los componentes I y III, la DGP se apoyará en la UGESPRO, la cual tendrá las siguientes funciones: (i) realizar los trámites para la

<sup>21</sup> La tasa de descuento utilizada es la norma de acuerdo con la Resolución n° 159, La Paz 22 de Septiembre 2006. Ministerio de Planificación del Desarrollo (UDAPE) para el análisis de proyectos de inversión social y es consistente con los riesgos que conllevaría este tipo de inversión de largo plazo en Bolivia.

- inscripción del préstamo y anualmente el presupuesto a ejecutar, (ii) abrir cuentas bancarias separadas y mantener registros contables; (iii) realizar los procesos de adquisición para compras que no sean de infraestructura y equipamiento, y contrataciones de consultores; (iv) realizar los pagos a proveedores y contratistas; y (v) preparar conciliaciones bancarias e informes financieros del programa. Para tales efectos, la UGESPRO contará con un anticipo de fondos que cubrirá sus gastos operativos de acuerdo con el POA. Las actividades del componente I relacionadas con la promoción de la salud serán ejecutadas al nivel del departamento de Potosí, por lo que la DGSS coordinará con el SEDES Potosí. Para estos efectos, la UGESPRO, transferirá recursos al SEDES para su administración para actividades que tienen que ser ejecutadas semestralmente en el departamento.
- 3.3 Para la ejecución del Componente II, el FPS se encargará de realizar todos los procesos licitatorios, y la supervisión de las obras en construcción. Tal como se menciona en el párrafo 2.8, el FPS también funcionará como “agente de compras” para todo el proceso de contratación de la ampliación del Hospital Madre Obrera en Llallagua. Como condición especial de ejecución se requiere la suscripción de un convenio subsidiario que el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP) y el Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) firmarán con el FPS. Dicho convenio le delegará al FPS la responsabilidad de ejecución de las actividades de infraestructura que contempla el programa en el Componente II. La DGSS, en coordinación con la DGP, preparará los requerimientos técnicos para su remisión al FPS para su ejecución. El FPS contará con un anticipo de fondos para su ejecución y enviará su justificación directamente al BID, con copia a la DGP. El ROP establecerá las responsabilidades y funciones de los actores, así como el mecanismo de ejecución del programa. [Ver actividades de diseño posteriores a la aprobación.](#)
- 3.4 Para lo que corresponde a la construcción del hospital, el FPS se encargará de contratar la construcción y supervisión de la obra, así como supervisar el cumplimiento con los términos establecidos en los contratos de diseño y construcción. El FPS enviará los informes de avance técnico a la DGP de manera semestral, los cuales serán incluidos en los informes de avance semestral a ser entregados al Banco.
- 3.5 Para la ejecución del Componente III, la DGP se encargará del desarrollo del sistema de monitoreo del proyecto. La UGESPRO se encargará de los aspectos administrativos-financieros. La DGP reportará al BID semestralmente sobre los avances del Proyecto, de acuerdo con lo establecido en el POA.
- 3.6 **Condición previa al primer desembolso: que haya entrado en vigencia el ROP en los términos aprobados previamente por el Banco.** Para los Componentes I y III: (i) que se haya seleccionado al personal adicional de apoyo de la UGESPRO, de la Dirección General de Servicios de Salud y de la Dirección General de Planificación; y (ii) que se haya presentado al Banco evidencia de la realización de la consulta con la comunidad de Llallagua para la construcción del Hospital Madre Obrera. Para el Componente II: que el MEFP, el MPD, el MSD y

el FPS hayan suscrito un convenio subsidiario para la ejecución de las actividades de dicho componente.

- 3.7 **Estados financieros y otros informes auditados.** Se realizarán auditorías anuales del proyecto y una final una vez terminada la ejecución. El MSD presentará dentro del plazo de 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio económico del organismo ejecutor y durante el plazo para desembolsos del financiamiento, los estados financieros auditados del programa, debidamente dictaminados por una firma de auditoría independiente aceptable al Banco. El último de estos informes será presentado dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del financiamiento.
- 3.8 **Acuerdos y requisitos para ejecución de las adquisiciones.** Las adquisiciones se realizarán en el marco de las Políticas GN-2349-9 y GN-2350-9 respecto de las cuales no se prevé la aplicación de ninguna excepción. No habrá aplicación de normativa local. Se considera aceptable el uso del mecanismo de difusión electrónico en el Sistema de Contrataciones Estatales (SICOES). Para la evaluación final se prevé la contratación directa de la firma Estudios & Encuestas (GN-2350-7, 3.10 a y d), por cuanto es una continuación natural de servicios realizados anteriormente por la firma y sólo esta firma cuenta con experiencia de valor excepcional para los servicios)<sup>22</sup>.

## **B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados**

- 3.9 El cuadro I-1 refleja las metas de resultados e impacto según la [Matriz de Resultados](#). Para efectuar el monitoreo del proyecto, el ejecutor preparará un POA y un informe semestral que describe los logros y avances esperados según lo programado en el POA, así como las desviaciones y la actualización de metas. Para documentar el cumplimiento con el fortalecimiento de las redes, se reportarán al Banco avances en la consecución de productos y de seis indicadores de resultados intermedios y finales. La información será desglosada por municipio y red funcional, para el período reportado. Los indicadores están resumidos en el cuadro I-1. Los indicadores de reporte periódico se generarán a partir del reporte de los EESS recolectado por el SEDES Potosí y de las acciones financiadas por el programa.
- 3.10 La evaluación final del proyecto será independiente y constará del levantamiento del estudio de brechas CONE, mismo que se utiliza como línea de base. Se realizará una revisión de medio término a los cinco semestres contados desde la elegibilidad para documentar los avances del programa, y hacer los ajustes que se requieran. Las evaluaciones de medio término y final usarán las estadísticas oficiales de morbi-mortalidad en los municipios beneficiados, los reportes e información adicional que proporcione el MSD, y los datos recolectados de forma independiente en ocasión de la evaluación final. Se sistematizarán las experiencias prácticas y las lecciones aprendidas para ser difundidas por MSD.

<sup>22</sup>

Ver [Justificación de Contratación Directa](#).

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	La intervención contribuye al programa de apoyo a países pequeños y vulnerables, así como a reducir la pobreza y promover la equidad social.		
Metas regionales de desarrollo	La intervención contribuye a reducir la mortalidad materna y la mortalidad infantil.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	La intervención contribuye a fortalecer un gobierno subnacional y a que la población indígena sea beneficiaria de un paquete básico de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2631	Reducción de brechas de acceso a servicios de salud, fortalecimiento de la oferta, disminución de mortalidad materno-infantil y fortalecimiento de la capacidad de gestión.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2617	A ser presentado después de la aprobación de la respectiva Estrategia de País, la cual fue aprobada en Septiembre de 2011.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	8.8		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	7.8	25%	10
4. Análisis económico ex ante	10.0	25%	10
5. Evaluación y seguimiento	7.4	25%	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	10.0	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Medio		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B		
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)			
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Si	El proyecto contribuye directamente con acciones de demostrada costo-efectividad para reducir mortalidad materna. Dentro de Bolivia es inaceptable la alta tasa de mortalidad materna que tiene el departamento de Potosí donde se concentran los esfuerzos de este proyecto. Asimismo el proyecto ofrecerá más y mejores servicios de salud a la mujeres y sus familias contribuyendo a cerrar brechas de desigualdad.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Si	Con recursos de la Cooperación Técnica (ATN/OC-12224), se ha realizado un estudio de brechas en tres (hasta seis) Redes del departamento de Potosí, al fin de conocer las necesidades de inversión que se requieren para hacer funcionar eficientemente dichas redes. Además, se está preparando un proyecto de Cooperación Técnica que permitirá adelantar en la creación de condiciones estratégicas necesarias para luego implementar exitosamente el Proyecto en Potosí.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si	La comparación antes y después permitirá conocer de manera precisa el cambio en la demanda y uso de los servicios de la red, permitirá comprobar cuantas unidades mejoraron su infraestructura y la capacidad de atención con RRRH capacitados, además de contribuir a mejorar el registro insitucional de nacimientos y muertes neonatales y maternas.	

Este es un proyecto de inversión con Bolivia, por lo que contribuye a la meta de apoyar países pequeños y vulnerables, financiado por capital ordinario y por el fondo de operaciones especiales. El proyecto busca reducir la mortalidad materno infantil en el Departamento de Potosí, contribuyendo a reducir la pobreza y promoviendo la equidad social. El proyecto está alineado a las prioridades del gobierno y a la Estrategia del Banco en el País.

El proyecto presenta una descripción de la problemática de salud en particular la muerte materno- infantil en áreas rurales, con información sobre la magnitud del problema y las principales causas. Explica la estructura del sistema de salud así como las necesidades del departamento de Potosí dónde se implementará la operación. El diagnóstico es adecuado al identificar el problema, dimensionarlo y señalar las causas. Esto permite plantear soluciones pertinentes que además están basadas en la evidencia acumulada en estos temas.

El objetivo está bien definido y el proyecto tiene una lógica horizontal y vertical adecuada, en tanto incluye inversiones en recursos humanos, materiales y fortalecimiento de redes de atención. La matriz de indicadores está bien definida. Los arreglos de monitoreo y evaluación y el análisis económico son adecuados y permitirán medir los resultados y efectividad de la intervención al final del proyecto. La matriz de riesgo es adecuada con medidas de mitigación e indicadores para darles seguimiento.

**MATRIZ DE RESULTADOS**

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	Contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad materno-infantil mediante mejoras en el funcionamiento y la articulación de la Red Departamental de Potosí que resultan en un incremento del acceso a los servicios de salud, la calidad y el uso por la población. Con el fin de mejorar el estado de salud de esa población, a reducir la desigualdad y contribuir al logro de los ODM.
-------------------------------	--

<b>Indicadores de Impacto</b>	<b>Línea de Base para Bolivia</b>	<b>Meta para Bolivia</b>
Mortalidad Materna Bolivia (por 100.000 NV, fuente ENDESA)	2003 229,0 2008 310,0	2017: <100,00
Mortalidad Infantil (por 1.000 NV, fuente MSD)	2004-2008 50,0 Bolivia	2020 < 30,0
Mortalidad Neonatal (por 1.000 NV, fuente ENDESA)	2003 27 Bolivia 2008 27 Bolivia 0 Potosí	2017: ND <sup>1</sup>

<b>Indicadores de Resultado final</b>	<b>Línea de Base 2010</b>	<b>Meta 2017</b>
Cobertura de Parto Institucional (% , fuente MSD Metas de gestión departamental)	40 para Bolivia 36 para Potosí	55 para Potosí
Mujeres con complicaciones obstétricas referidas al nivel apropiado (% , fuente MSD)	53	80
Mujeres con complicación obstétrica atendidas en Hospital (% , MSD)	56	80
<b>Indicadores de Resultado intermedio</b>	<b>Línea de Base 2011 para Potosí</b>	<b>Meta 2017 para Potosí</b>
Disponibilidad de personal capacitado en el mantenimiento de equipos médicos y no médicos por nivel de EESS (% , Fuente Estudio de Brechas CONE)	10%	50%
Número de EESS que cumplen con las normas de caracterización del MSD en cuanto a infraestructura, equipo y RRHH (número, fuente: Estudio de Brechas CONE)	0	200
Número de EESS con RRHH capacitados para CONE (% , Fuente Estudio de Brechas CONE)	50	200

<sup>1</sup> La tasa de mortalidad materna y neonatal se estiman a partir de encuesta por los grandes problemas que tiene la información del sistema de atención a la salud. Se espera que esta tasa de mortalidad materna sea menor de 100 y la de mortalidad infantil menor a 20 cuando se estime en la siguiente ENDESA.

<b>Componente I. Fortalecer el funcionamiento de la Red Departamental de Salud en Potosí</b>	<b>Línea de Base</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Meta</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Productos</b>								
(i) Programa de promoción de la salud desarrollado e integrado al programa de trabajo del SEDES Potosí	0		1	1	1	1	1	Es una meta acumulada
(ii) Sistema de referencia y retorno rediseñado y funcionando a nivel Departamental	0			1	1	1	1	Es una meta acumulada
(iii) Estrategia de gestión institucional de la Red Integral de Potosí implementada	0			1	1	1	1	Es una meta acumulada
<b>Componente II. Inversiones en la mejora de la infraestructura y equipamiento</b>	<b>Línea de Base 2011</b>	<b>Año 1</b>	<b>Año 2</b>	<b>Año 3</b>	<b>Año 4</b>	<b>Año 5</b>	<b>Meta 2017</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Productos</b>								
(i) Centro Hospitalario (Llallagua) construido y equipado, posiblemente otro mas	0					1 o 2	1 o 2	En 2017 se completan los establecimientos
(ii) Establecimientos de salud de primer nivel en el Departamento de Potosí refaccionados	0		15	15	5		50	
(iii) Establecimientos de salud de primer nivel en el Departamento de Potosí ampliados	0		10	10	5		25	
(iv) Establecimientos de salud de primer nivel en el Departamento de Potosí equipados;	0	22	100	100			200	
(v) Establecimientos de salud de primer nivel en el Departamento de Potosí construidos	0		1		2		2	

## **ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS**

### **Anexo III**

**PAÍS:** Estado Plurinacional de Bolivia  
**PROYECTO N°:** BO-L1067 Programa de Fortalecimiento de Redes de Salud en Potosí  
**ORGANISMO EJECUTOR:** Ministerio de Salud y Deporte (MSD) y Fondo de Inversión Productiva y Social (FPS)  
**PREPARADO POR:** Roberto Laguado (PRM) y Zoraida Argüello (FM)

#### **I. RESUMEN EJECUTIVO**

- 1.1. El análisis de capacidad institucional efectuado al Ministerio de Salud y Deporte (MSD), fue realizado bajo la metodología del Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI), y sobre la base del conocimiento del Banco de la ejecución realizada por este Ministerio en otras operaciones financiadas por el Banco. De este análisis se puede concluir que el MSD cuenta con una capacidad de mediano desarrollo con un nivel de riesgo medio (60.95%)
- 1.2. Sin embargo cuenta con una capacidad baja para ejecutar el Programa y un manejo fiduciario bajo, especialmente en adquisiciones, recomendándose por consiguiente fortalecer las habilidades fiduciarias con la contratación de personal capacitado en las áreas financieras y de adquisiciones, además de adecuar los niveles de delegación y autorización de funciones entre las unidades técnicas y la Unidad de Gestión de Proyectos y Programas (UGESPRO), quien realiza las actividades fiduciarias del Programa dentro del MSD. Estas delegaciones y coordinación del Programa serán acordadas y establecidas para el buen funcionamiento del Programa en un Reglamento Operativo.
- 1.3. El proyecto no incluirá otro financiamiento externo. No obstante, será ejecutado por dos instituciones del gobierno, el MSD y el FPS, siendo este último co-ejecutor para las inversiones en infraestructura del Componente II. Cada institución manejará su propia información financiera y será consolidada por el MSD para la presentación de los Informes de Progreso. Se realizará una auditoría externa al Programa, obteniéndose un informe consolidado que permita observar los ingresos recibidos y los desembolsos efectuados, así como las inversiones realizadas por cada institución. El MSD será el responsable de la contratación de la firma de auditoría y de la presentación del informe ante el Banco en el plazo acordado.

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

- 2.1. La Ley No.1178 de Administración y Control Gubernamentales del 20 de julio de 1990 (SAFCO), regula los sistemas de administración y de control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de planificación e inversión pública, estableciendo los subsistemas de planificación (programación de operaciones, organización administrativa y presupuesto), de ejecución (tesorería y crédito público, contabilidad gubernamental integrada, administración de personal, administración de bienes y servicios) y de control gubernamental (control interno y externo). Esta ley es de aplicación obligatoria.

- 2.2. No obstante a que los sistemas contribuyen a una ejecución transparente e integral de las finanzas públicas, existen áreas donde se deberá seguir fortaleciendo, por ejemplo:
- 2.3. **Contabilidad Gubernamental.** El Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA) permite la disponibilidad de información sobre la ejecución presupuestaria, de forma segura y confiable. Sin embargo, aún no cuenta con un módulo de reportes para propósitos de la cooperación internacional, que reconozca las categorías de inversión establecidas en los contratos de préstamos y emita reportes que cumplan con requerimientos de seguimiento y evaluación financiera exigidos por el BID u otro cooperante y en multimoneda, para efectos de seguimiento a la ejecución presupuestaria de los proyectos.
- 2.4. **Control Gubernamental.** El control gubernamental recae en la Contraloría General del Estado (CGE), entidad que posee pocos recursos humanos para efectuar revisiones continuas y oportunas de proyectos financiados con recursos de Organismos Multilaterales de Cooperación.
- 2.5. **Administración de Bienes y Servicios (Adquisiciones).** La aplicación del Sistema de Normas Básicas de Adquisiciones Bienes y Servicios de la regulación local no es aceptable para el Banco. De esa manera, la capacidad fiduciaria de adquisiciones en el MSD es de tipo bajo. Para las adquisiciones de infraestructura (refacciones) será necesario la intervención del FPS, entidad creada por el GOB para realizar todas las licitaciones, contrataciones y supervisiones de obras por acuerdo entre las instituciones del gobierno central y el FPS. Esta entidad posee la capacidad fiduciaria para realizar tales actividades. Igualmente FPS obrará como Agente de Compras para asumir la dirección, impulso, coordinación y adjudicación del contrato llave en mano del hospital de segundo nivel en Potosí, el cual se hará usando modelos de licitación del Banco o aceptables para el Banco.

### III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 El MSD cuenta con una Unidad de Gestión de Proyecto (UGESPRO) cuya responsabilidad es la ejecución de los proyectos financiados por distintas fuentes externas. Los proyectos del BM y del BID cuentan en la UGESPRO con un equipo especializado en los procedimientos del SIGMA, normas nacionales para las compras y contrataciones así como a los procedimientos y políticas del BID. Pueden realizar directamente a través del SIGMA los pagos con cargo al financiamiento y a la contrapartida local. Sin embargo, este proceso podría mejorarse ya que las autorizaciones de compras y contrataciones, requieren cumplir con procedimientos administrativos de la Dirección General de Asuntos Administrativos (DGAA) y la Dirección General de Asuntos Jurídicos (DGAJ), lo que conlleva a eventuales retrasos en la ejecución de los procesos del proyecto.

#### Riesgos fiduciarios

- 3.2 **Coordinación.** Para agilizar los procesos administrativos internos con la DGAA, DGAJ, el Reglamento Operativo definirá los flujogramas de coordinación entre las aéreas técnicas, administrativas y jurídicas, estableciendo funciones y responsabilidades que permitan acortar los procesos operativos.



- 3.3 Adquisiciones públicas.** Se advierte una rotación constante de las autoridades locales, afectando la transmisión y perpetuación de conocimientos en materia de adquisiciones, por tanto se capacitará al personal de adquisiciones y al personal jurídico en la aplicación de políticas de adquisiciones del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). Para mitigar el riesgo de ejecución de la adquisición del Hospital en Potosí deberá contarse con un agente de compras con competencia y capacidad fiduciaria; el FPS será dicho agente.
- 3.4 Excesivos trámites y procesos internos con sobre carga en temas legales.** El personal de la oficina jurídica de la institución debe fortalecer sus conocimientos en materia de gestión fiduciaria con normas BID para no afectar el ritmo de los procesos de los proyectos financiados por el Banco. Para mitigar este riesgo se ha acordado la contratación de un abogado con conocimiento y experiencia en financiamiento BID que trabajará para UGESPRO. Deberá tener facultades y autonomía respecto de las demás asignaciones de la DGAJ.
- 3.5 Gestión Financiera Pública.** La base del catálogo de cuenta gubernamental integrado, desarrollado en el sistema financiero publico SIGMA, permite registrar los gastos de conformidad rubros presupuestarios y manejar un adecuado sistema de registro y seguimiento al gasto, así como la utilización de los fondos del Programa, los cuales son manejados en la Cuenta Única del Tesoro (CUT). Este sistema es una base suficiente para que los auditores externos puedan emitir opinión sobre los registros contables. Sin embargo, este sistema no genera reportes de ejecución financiera de conformidad al estado de inversión del préstamo (categoría de inversión, tipo de moneda, base contable, etc.). Esta situación será mitigada a través del uso del SIAP-BID, para reportar los gastos ante el Banco.

#### **IV. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN ESTIPULACIONES ESPECIALES AL CONTRATO**

- 4.1 Reglamento Operativos del Programa (ROP).** Deberá incluir el esquema de ejecución y los flujos de información entre la Unidad Técnica y UGESPRO, previamente acordado entre las partes y el Banco, así como la aplicación de procedimientos de adquisiciones.
- 4.2 Comisión de Calificación para Hospital.** La comisión de calificación de las ofertas de la licitación llave en mano para el Hospital en Potosí podrá estar conformada interdisciplinariamente e interinstitucionalmente en atención a la complejidad de la adquisición y la participación de diversos stakeholders en la operación.
- 4.3 Tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas.** Se utilizará el tipo de cambio utilizado por el Banco Central de Bolivia para la conversión de los dólares de los Estados Unidos de América a la moneda del país, que serán depositados en las cuenta bancaria del ejecutor para la realización de los gastos. Para los efectos del reembolso de gastos con cargo al Financiamiento y del reconocimiento de gastos con cargo a la contrapartida local, se aplicará el tipo de cambio vigente en el país del Prestatario en la fecha efectiva de pago del gasto en la moneda del país del Prestatario.
- 4.4 Estados financieros y otros informes auditados.** Solamente se realizará una auditoria anual del proyecto. El MSD presentará dentro del plazo de ciento veinte (120) días siguientes al cierre de cada ejercicio económico del Organismo Ejecutor y durante el plazo para desembolsos del Financiamiento, los estados financieros auditados del Programa, debidamente dictaminados por

una firma de auditoría independiente aceptable al Banco. El último de estos informes será presentado dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso del Financiamiento.

## **V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES**

5.1 Las adquisiciones se realizarán en el marco de las Políticas GN-2349-9 y GN-2350-9 respecto de las cuales no se prevé la aplicación de ninguna excepción. No habrá aplicación de normativa local. Se considera aceptable el uso del mecanismo de difusión electrónico SICOES.

5.2 **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría.** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría generados bajo el Programa y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco y los autorizados por la Representación del Banco en Bolivia. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha). Para las comparaciones de precios se utilizarán los documentos modelo elaborados por la Representación del Banco en Bolivia, los cuales harán parte del Reglamento Operativo. Modificaciones a estos documentos requerirán la No Objeción del Banco.

5.3 **Selección y Contratación de Consultores.** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto están listados en el Plan de Adquisiciones Inicial y se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida por el Banco o acordada con el Banco (o satisfactorios al Banco si no han sido acordados a la fecha).

i. **La Selección de Firmas Consultoras:** Para el proyecto se hará utilizando la Solicitud Estándar de Propuesta (SEP) emitida por el Banco;

ii. **La Lista Corta de firmas consultoras** Esta lista podría estar integrada en su totalidad (100%) por firmas bolivianas<sup>1</sup> para contratos con valor inferior a los montos límites establecidos por el Banco para el país. Para Bolivia dicho umbral es de US\$200.000;

iii. **La selección de los consultores individuales:** Se hará teniendo en cuenta sus calificaciones para realizar el trabajo, sobre la base de comparación de calificaciones de por lo menos tres (3) candidatos. Para el caso de Bolivia, si el Organismo Ejecutor lo estima conveniente, podrá usar el SICOES como instrumento de difusión de convocatorias para selección de consultores individuales. Para la contratación masiva de consultores con calificaciones básicas el programa podrá apoyarse en Contratistas de Servicios (GN.2350-9 num. 3.21) cuya aplicación se describiría en el Reglamento Operativo en caso de aplicar. De llevarse a cabo contrataciones masivas, se advierte la necesidad de un arreglo fiduciario complementario para poder ejecutar en tiempo y calidad.

5.4 La revisión de los términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del especialista sectorial del Programa. Además, indicará si es conveniente

---

<sup>1</sup> No se impide la participación de firmas extranjeras.

disponer de apoyo externo para que ayude al OE durante la evaluación de las ofertas, considerando la naturaleza y complejidad técnica de las adquisiciones que se procesan.

**5.5 Gastos Recurrentes.** Son aquellos gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el Programa durante su vida útil y cubren, entre otros, lo referente a: alquiler de las oficinas, gastos de servicios públicos y comunicación radial, escrita o televisada, traducciones, cargos bancarios, artículos básicos de oficina, gastos de propaganda o anuncios, fotocopias, correos, combustible, cursos cortos; los que serían financiados por el proyecto dentro del presupuesto anual aprobado por el Banco y han sido incluidos en los Planes de Adquisiciones del Programa. Los gastos recurrentes se contratarán siguiendo los procedimientos administrativos del organismo ejecutor. El Banco podrá reparar y abstenerse de financiar dichos gastos si se determina que su aplicación ha vulnerado los principios fundamentales de competencia, eficiencia, y economía. Cada trimestre se deberá presentar al Banco un reporte de los gastos que se harán con base en este concepto.

**5.6 Contrataciones directas:** Los gastos menores a US\$500 dólares, individualmente, y que en bloque no superen los \$5.000 dólares podrán ser contratados directamente en aras de la eficiencia y celeridad en la ejecución. Deberán ser aprobadas por el Jefe de Equipo en el Plan de Adquisiciones.

#### 5.7 Tabla de Montos Límites (miles US\$)

Obras			Bienes <sup>2</sup>			Consultoría	
Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Licitación Pública Internacional	Licitación Pública Nacional	Comparación de Precios	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta 100% Nacional
Mayor a 3.000.000	Menor o igual 3.000.000	Menor 250.000	Mayor 200.000	Menor o igual 200.000	Menor a 50.000	Mayor 200.000	Menor o igual 200.000

#### Adquisiciones Principales

**5.8 Supervisión de Adquisiciones** Para el FPS se asigna revisión ex post 100% del Umbral de LPI's. Para la UGESPRO/MSD se asigna revisión ex post según el siguiente esquema:

Obras	Bienes	Servicios de Consultoría Firmas	Consultores Individuales
CP	CP		
Por debajo de \$250.000 se revisará ex post	Por debajo de \$50.000 se revisará ex post	Por debajo de \$50.000 se revisará ex post	Sin límite de monto, se revisarán ex post

**5.9 Registro y Archivos.** El MSD y el FPS serán responsables de establecer los documentos de soportes, procedimientos y controles necesarios para la ejecución del programa, así como el resguardo de los mismos conforme a lo establecido en el contrato de préstamo y a las leyes locales.

<sup>2</sup> Incluye servicios diferentes a la consultoría.

## VI. GESTIÓN FINANCIERA

- 6.1 Programación y presupuesto.** La Dirección General de Planificación del MSD en coordinación con la UGESPRO y FPS realizará la programación con base en la ejecución de actividades y obras programadas aprobadas en común acuerdo con el Banco.
- 6.2 Contabilidad y Sistemas de Información.** Se utilizará el SIGMA. Este sistema integra en un único registro en sus diferentes momentos contables; Registro Presupuestario (Ejecución del presupuesto), Registro Patrimonial (Afectan activos, pasivos, patrimonio y resultados) y Registro de tesorería (Transferencia de Efectivo). El método contable será sobre la base de devengado y utiliza las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC) y la Normas Gubernamentales en forma paralela debido a que la ejecución deberá ser a través del sistema SIGMA regido por éstas últimas. Para los registros contables del financiamiento por el Banco será necesario el uso del Sistema de Administración de Proyecto (SIAP-BID), como auxiliar contable para la emisión de reportes por parte de la UGESPRO. El FPS utilizará el Sistema de Administración de Proyecto (SAP) el cual es utilizado en todos los programas que administra con recursos del Banco. Dicho sistema cuenta con la aceptación de la Representación.
- 6.3 Desembolsos y flujo de de caja.** Los fondos del financiamiento serán depositados en una cuenta especial en el Banco Central de Bolivia (BCB) y transferidos posteriormente en la moneda local. El tipo de cambio para los desembolsos será el de compra vigente al día de la transferencia establecida por el BCB a la cuenta del ejecutor en moneda local. La UGESPRO y el FPS serán responsable de la administración de los recursos, ambos sujetos al cumplimiento de los sistemas de control interno institucionales.
- 6.4 Control Interno y auditoría interna.** El MSD y el FPS cuentan con una Dirección de Auditoría Interna que depende directamente de la MAE, misma que cuenta con recursos y el personal para efectuar los controles internos.
- 6.5 Control Externo e informes.** El proyecto tendrá una partida presupuestaria dentro del financiamiento para llevar a cabo la auditoría externa del proyecto (control externo).
- 6.6 Plan de supervisión financiera.** La supervisión financiera se realizará de manera ex post para ambas instituciones (MSD y FPS). Entre los planes de supervisión se contempla al menos una vez al año, realizar las siguientes: (i) una visita integral (adquisición y financiera) por parte del Banco; (ii) una visita in situ a los lugares de inversión del financiamiento; y (iii) una visita de verificación de cumplimiento de acuerdos a las recomendaciones de control interno efectuado por la auditoría externa del programa.
- 6.7 Mecanismo de ejecución.** La unidad técnica contará con el apoyo de UGESPRO en lo relacionado con temas fiduciarios, misma que será fortalecida con personal adicional en gestión contable-financiera y en adquisiciones, para que pueda asumir las responsabilidades fiduciarias adicionales de esta operación. Las actividades relacionadas a las refacciones y ampliación de infraestructura en centros de salud, que contempla el programa serán delegadas directamente al FPS, quien administrativa y financieramente manejará dichos recursos.

- 6.8 Por parte del MSD, la DGP, con apoyo administrativo de la UGESPRO, tendrá responsabilidades de dirección técnica y administrativa. Solicitará y autorizará pagos relacionados a la operación; presentará las solicitudes de desembolso y los estados financieros auditados.
- 6.9 La UGESPRO y el FPS en apoyo a la unidad técnica realizará las siguientes funciones: (i) inscribir anualmente el presupuesto a ejecutar; (ii) abrir cuentas bancarias separadas y mantener registros contables; (iii) realizar los procesos de licitación; (iv) realizar los pagos a proveedores y contratistas; y (v) preparar conciliaciones bancarias e informes financieros del Programa.

## **VII. OTROS ACUERDOS Y REQUISITOS DE GESTIÓN FINANCIERA**

- 7.1 El equipo financiero, no considera establecer otros acuerdos y/o requisitos para la ejecución financiera, distinto a los que fueron indicados en el inciso IV, Aspectos a ser considerados en Estipulaciones Especiales a los contratos.