

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BOLIVIA

MEJORAMIENTO DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL ALTO, BOLIVIA

(BO-L1082)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Beatriz Zurita (SCL/SPH), jefe de equipo; Luis Buscarons y Julia Johannsen (SPH/CBO); Susan Kolodin (SCL/SPH); Zoraida Argüello y Carolina Escudero (FMP/CBO); Javier Jiménez (LEG/SGO); Carlos Linares (VPS/ESG); Claudia Pévere (SCL/SPH); Joyce Elliot (CAN/CBO); Rodrigo Castro (Consultor CBO); y Nydia Contardo y Soledad Barria (Consultoras externas).

El presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

ÍNDICE

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A.	Antecedentes, problemas y justificación	2
B.	Objetivos, componentes y costo	8
C.	Indicadores clave de la matriz de resultados	10
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	11
A.	Instrumentos del financiamiento.....	11
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias	12
C.	Riesgos fiduciarios.....	12
D.	Otros Riesgos	13
III.	IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	14
A.	Ejecución y administración del programa	14
B.	Adquisiciones	15
C.	Resumen de medidas para el monitoreo de resultados y evaluación del programa	15
D.	Actividades de preparación del proyecto ejecutivo del hospital Sur El Alto ..	15

Anexos

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

Enlaces Electrónicos

OBLIGATORIOS

1. POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación)
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38205116>
2. Arreglos para Monitoreo y Evaluación de la Operación
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38195780>
3. Plan de Adquisiciones Completo
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38204908>
4. Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38200674>

OPCIONALES

1. Plan Municipal de Control de Cáncer Cérvico-Uterino
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38257136>
2. Lineamientos del Programa de Capacitación en Gestión
<http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=38259374>
3. Especialidades Médicas del Hospital Sur El Alto
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38343652>
4. Listado de Equipo del Hospital Sur El Alto
<http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getdocument.aspx?DOCNUM=38258799>
5. Análisis de las Brechas en Recursos Humanos: Propuesta para el Dimensionamiento y Desarrollo de un Plan Nacional
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38195810>
6. Presupuesto detallado
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38204892>
7. Análisis Económico
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38209247>
8. Plan de formación de especialistas para el Hospital El Alto Sur
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38221071>
9. Análisis Ambiental y Social
<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38338580>

ABREVIATURAS

AAS	Análisis Ambiental y Social
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional
CaCU	Cáncer Cérvico-Uterino
CO	Capital Ordinario
DGAA	Dirección General de Asuntos Administrativos
EESS	Establecimientos de Salud
EFA	Estados Financieros Auditados
EG	Ente Gestor
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FOE	Fondo de Operaciones Especiales
GAMEA	Gobierno Municipal de El Alto
HPV	Virus de Papiloma Humano (por sus siglas en inglés)
IBTEN	Instituto Boliviano de Tecnología Nuclear
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IVAA	Inspección Visual con Acido Acético
JICA	Agencia de Cooperación Internacional de Japón (por sus siglas en ingles)
LPI	Licitación Pública Internacional
MEFP	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
MM	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NV	Nacidos Vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
POA	Plan Operativo Anual
PTOIEM	Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico
ROP	Reglamento Operativo del Programa
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SERES	Servicio Regional de Salud
SFD	Marco Sectorial de Salud y Nutrición (por sus siglas en inglés)
SIGMA	Sistema de Gestión y Modernización Administrativa
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSPAM	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno-Infantil
SUS	Sistema Único de Salud
TGN	Tesoro General de la Nación
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TNV	Nacidos Vivos
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UEP	Unidad Ejecutora del Programa
UNICEF	Fondo para la Niñez de Naciones Unidas (por sus siglas en ingles)
WHO	Organización Mundial de la Salud (por sus siglas en inglés)

RESUMEN DEL PROYECTO

BOLIVIA

Mejoramiento del Acceso a Servicios de Salud en El Alto, Bolivia

(BO-L1082)

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: Estado Plurinacional de Bolivia Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud y Deportes (MSD)				CO	FOE
			Plazo de amortización:	30 años	40 años
			Período de desembolso:	5 años	5 años
			Período de gracia:	6 años	40 años
Fuente	Monto (US\$ Millones)	%	Tasa de interés:	FU Fija	0,25%
BID (FOE)	8,6	20	Comisión de inspección y vigilancia	*	N/A
BID (CO)	34,4	80			
Local	5,524		Comisión de crédito:	*	N/A
Total	48,524	100	Moneda:	US\$ de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco.	Dólares estadounidenses
Visión General del Programa					
<p>Objetivo del programa: el objetivo es proveer atención con capacidad resolutive en la red municipal de salud para la ciudad de El Alto y de las zonas rurales cercanas con el fin de reducir la mortalidad, especialmente la materno-infantil y la morbilidad y mortalidad de cáncer cérvico-uterino (pár. 1.17).</p>					
<p>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso: (i) que se haya conformado el equipo ejecutor del proyecto en el “Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico” (PTOIAM) (par. 3.2); y (ii) que el MSD haya aprobado y puesto en vigencia el Reglamento Operativo del Programa (ROP), en los términos y condiciones previamente aprobados por el Banco (pár. 3.5).</p>					
<p>Condición especial previa al desembolso de los recursos del Componente 2 del programa: que se haya contratado el Ente Gestor (EG), de conformidad con términos de referencia aprobados previamente por el Banco (pár.3.4).</p>					
<p>Condición especial de ejecución: previo al inicio de obras para la construcción del Hospital de Tercer Nivel en El Alto: el MSD deberá presentar evidencia de que: (i) se ha realizado la transferencia del terreno donde se construirá el Hospital de Tercer Nivel “Sur El Alto” en favor del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz (GADLP); y (ii) GADLP está cumpliendo con las salvaguardias ambientales incluidas en el Plan de Gestión Ambiental y Social (pár. 2.9).</p>					
<p>Excepciones a las políticas del Banco: No existen</p>					
<p>El proyecto califica como: SEQ [x] PTI [x] Sector [x] Geográfica[x] % de beneficiarios []</p>					

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

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 **Situación de Salud y Acceso a los Servicios de Salud en El Alto.** La ciudad de El Alto, con una población de aproximadamente un millón de habitantes, tiene la mayor densidad poblacional de Bolivia: 5.493 habitantes por kilómetro cuadrado. Ocupa casi la mitad del territorio del municipio de El Alto y tiene el crecimiento más rápido que cualquier ciudad boliviana. De acuerdo a los datos del censo de 2001¹, 67% de la población era pobre, y 86% se identifica como “indígena” y en sus hogares se habla un idioma nativo (principalmente aymara y quechua).
- 1.2 La transición epidemiológica de Bolivia en general es incipiente. De acuerdo al “Estudio de la Carga Global de la Enfermedad”, en los últimos 20 años se ha presentado un incremento de más de 8 años en la esperanza de vida al nacer, 70,7 años en 2010, y una reducción del 66% en la tasa de mortalidad general ajustada por edad². Y aunque el país presenta rezagos en la comparación regional, siendo las enfermedades transmisibles, las afecciones del período perinatal y las deficiencias nutricionales todavía la mayor carga de enfermedad, en los últimos años se han logrado mejoras destacables, como por ejemplo, una reducción de más del 50% de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años. Las primeras causas de pérdida de años saludables son las infecciones respiratorias bajas (12,9% de los años perdidos), las diarreas agudas (8%) y las complicaciones del parto (13,2%)³. Por el otro lado, las enfermedades crónico-degenerativas explican una porción creciente de los padecimientos que sufre la población y son causas de morbilidad y mortalidad principalmente en los adultos. Enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares contribuyeron con el 4,3% y el 3,7% de la pérdida de años de vida saludable. Se reportaron 5.245 muertes por cáncer (7,6% del total de muertes) en 2008; la causa más frecuente en mujeres es el cáncer cérvico uterino y en hombres el cáncer de estómago⁴.
- 1.3 Esta misma situación epidemiológica a nivel nacional también se observa en El Alto, cuya población sufre de desnutrición y neumonía al tiempo que coexiste un creciente número de casos de enfermedad cardiovascular, diabetes y cáncer. En 2012, para el departamento de La Paz, la tasa de letalidad por diarreas en niños menores de 5 años fue de 3 por 10.000 casos (rango 0-20 por municipio), y la tasa de letalidad por neumonía de 18 por 10.000 casos (rango 0-420 por municipio)⁵, observándose además una creciente demanda de servicios de atención para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas. Por ejemplo, la detección y tratamiento de los casos de hipertensión se cuadruplicaron entre 2008 y 2010. En el

¹ Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de pobreza y condición étnica lingüística según provincial y sección municipal 2001.

² Resultados del *Global Burden of Disease Study 2010* (GBD 2010) del *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) de la *University of Washington*. <http://www.healthmetricsandevaluation.org> versión del 3/2013.

³ <http://www.healthmetricsandevaluation.org> versión del 3/2013.

⁴ OPS consultado el 9 noviembre 2013. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22990&Itemid=270&lang=es

⁵ SEDES La Paz 2013. Atlas de la Salud Departamental de La Paz-Quinquenal 2008-2012.

mismo período, el Hospital Boliviano-Holandés en El Alto reporta un incremento sustancial de casos de diabetes mellitus tipo I y II. A continuación se desarrollan con mayor detalle dos desafíos puntuales: la mortalidad materna y neonatal, y la prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico-uterino.

- 1.4 **La mortalidad materna y neonatal.** El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz ha estudiado las 278 muertes maternas ocurridas en el departamento entre 2008 y 2012⁶. De las 78 muertes maternas ocurridas en el quinquenio en el municipio de El Alto, 9 de cada 10 ocurrieron en la propia ciudad. La mitad de las muertes sucedieron en los servicios de salud (55%). La razón de mortalidad materna anual varía en el rango de 85 a 146 por 100.000 Nacidos Vivos (NV)⁷. En el quinquenio fallecieron 1.831 menores de siete días, registrándose tasas de mortalidad neonatal anual entre 6,9 y 11,2 por 1000 NV⁸, y de mortalidad infantil de 45,6 por 1000 NV en el año 2010.
- 1.5 **Enfermedades Crónicas No Transmisibles.** Una enfermedad trazadora que revela la capacidad, o no, del sistema de salud de ofrecer una atención integral y continua es el Cáncer Cérvico-Uterino (CaCU). Dicho cáncer es responsable por el mayor número de muertes por cáncer en Bolivia. Este cáncer es común entre la población pobre, que tiene más riesgos y que carece de acceso a servicios. El CaCU puede prevenirse mediante el diagnóstico oportuno y el tratamiento de lesiones pre-neoplásicas, lo cual corresponde a los primeros y segundos niveles de atención de la red. Adicionalmente se requieren servicios hospitalarios de referencia para el tratamiento y/o atención paliativa del cáncer invasor que se identifica.
- 1.6 En Bolivia, las actividades de detección oportuna del CaCU se iniciaron en el ámbito institucional a partir de 1982. Hay disposiciones legales que permiten el financiamiento de las actividades de detección y tratamiento en el Seguro Materno Infantil (SUMI) desde 2005⁹. Cada año se diagnostican 1.422 casos nuevos de cáncer de cuello uterino que requieren tratamiento, y fallecen por este cáncer casi

⁶ SEDES La Paz 2013. Atlas de la Salud Departamental de La Paz-Quinquenal 2008-2012. El SEDES La Paz continúa el análisis de la mortalidad materna, los resultados que se presentan aquí incluyen datos de las muertes 2008 al 2012 de certificados de defunción reportados.

⁷ La Encuesta de Salud y Demografía 2003 reportó para Bolivia una razón de mortalidad materna de 229 por 100.000 NV. Un análisis de las muertes ocurridas en el año 2011 muestra que en el Departamento de La Paz la razón de mortalidad materna es de 148 por 100.000 NV. Al estimar la razón de mortalidad por el sitio de origen de la mujer se encontró una gradiente de la razón de mortalidad, más baja para las mujeres de la ciudad de La Paz: 71 por 100.000 NV, 105 para la ciudad de El Alto y 333 para las mujeres de los municipios rurales colindantes.

⁸ SEDES La Paz 2013. Atlas de la Salud 2008-2012. La tasa de mortalidad neonatal (antes de los siete días de vida) dentro y fuera de servicio por 1000 nacidos vivos.

⁹ El MSD preparó en 2004 el plan nacional para el control del cáncer de cuello uterino con la prueba de Papanicolaou (PAP). Desde entonces se ha invertido en equipamiento, capacitación y en el sistema de seguimiento epidemiológico. Aunque el número de muestras de PAP tomadas se ha incrementado entre 2003 y 2012, la cobertura aún es insuficiente para lograr resultados significativos. De acuerdo a la encuesta de demografía y salud - ENDSA 2008, sólo una tercera parte de las mujeres en edad fértil se hizo un PAP en los tres años anteriores a la encuesta y el 11% de las mujeres que se hizo el PAP reportó no haber recogido el resultado de la prueba. Esto muestra fallas en la continuidad para lograr el diagnóstico, para la identificación de casos y la referencia a tratamiento, lo que es un problema común en los países en vías de desarrollo.

dos mujeres por día (1,7) en el país¹⁰. La baja cobertura del diagnóstico oportuno agregado a la insuficiente capacidad de respuesta del sistema de salud para el tratamiento contribuyen a la alta tasa de mortalidad por esta enfermedad. Este cáncer es una de las principales causas de muerte en América Latina, en donde las tasas de mortalidad son siete veces más altas que en Norte América¹¹.

- 1.7 Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha revisado los avances de los últimos diez años y ha emitido nuevas recomendaciones para el control y tratamiento del CaCU¹². Los adelantos tecnológicos ofrecen posibilidades para hacer frente a este cáncer de una manera temprana e integral y permiten un futuro más saludable a las niñas y las mujeres. El Gobierno de Bolivia es pionero en la adopción de estas recomendaciones y ha iniciado gestiones para la vacunación de las niñas contra el Virus de Papiloma Humano (HPV por sus siglas en inglés), en la preparación de equipos de salud para la capacitación en Inspección Visual con Acido Acético (IVAA), y para el seguimiento de casos y tratamiento oportuno.
- 1.8 **La Red Municipal de El Alto.** Está compuesta por cinco redes funcionales de salud, e incluye 40 centros de salud de primer nivel y tres hospitales de segundo nivel (Boliviano Holandés, Corea, y Los Andes)¹³. En 2011, el Hospital Boliviano-Holandés, el más sofisticado de El Alto, refería al 16% de los casos de medicina interna y 12% de los casos de pediatría a hospitales de la ciudad de La Paz por no contar con capacidad resolutive de tercer nivel (de mayor complejidad, con sub-especialidades médicas). En 2011, el Gobierno Municipal de El Alto y la Gobernación de La Paz financiaron la construcción del Hospital El Alto Norte de tercer nivel. Mediante el préstamo 2822/BL-BO, el BID apoya el financiamiento del equipamiento de este hospital, con apertura programada para marzo de 2014¹⁴. Fortalecerá a la red municipal prestando atención a las urgencias médico-quirúrgicas, emergencias obstétricas y referencias hospitalarias de tercer nivel de la población de El Alto. El Hospital Norte El Alto implementará un modelo gerencial centrado en los procesos de gestión de pacientes y en la mejora de la calidad.
- 1.9 En 2012 las instituciones públicas de El Alto, funcionando a plena capacidad, atendieron 15 mil partos, equivalente apenas al 54%¹⁵ de los partos esperados. Para atender la demanda, la oferta de servicios de salud es insuficiente, aún cuando el Hospital El Alto Norte esté operando plenamente. Los hospitales de segundo nivel

¹⁰ Según estimaciones para Bolivia en 2008 (<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=68#WOMEN>), la tasa de incidencia de CaCU fue de 36,4 por 100.000 mujeres de 25 a 64 años de edad, y con 638 muertes, la tasa de mortalidad es de 16,7 por 100.000 mujeres. Estas muertes son evitables, Canadá en 2005 reporto una tasa de mortalidad de 1 por 100.000.

¹¹ OPS consultado el 9 de noviembre 2013. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3595&Itemid=3637&lang=es

¹² WHO 2013. Nota de orientación de la OPS/OMS, Prevención y control integral del cáncer cérvico-uterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf

¹³ Actualmente El Alto cuenta con 363 camas (0,37 camas por 1.000 habitantes), menos de la mitad del promedio nacional.

¹⁴ El Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz está en proceso de asignación de los recursos humanos para la operación del hospital, y están en proceso de adquisición los equipos. Con las obras actualmente planificadas o prontas a entrar en operación, se agregarán 53 camas en los hospitales de segundo nivel y 213 camas en el hospital Norte El Alto, de tercer nivel, pero aun así persiste el déficit de 300 camas que el nuevo Hospital El Alto Sur atenúa. Mayor detalle de las brechas de camas y especialidades en el estudio [Análisis de las Brechas en Recursos Humanos](#).

¹⁵ SEDES La Paz 2012. Estadísticas de Salud. En archivo electrónico.

se encuentran desbordados de usuarios/as, con niveles de ocupación por encima del 85%-90% a pesar de presentar estancias medias eficientes (menores de 4,3 días). Los hospitales en El Alto reciben además la referencia de usuarias/os de los municipios rurales, sobrecargando aún más la demanda de atención. A su vez, cuando los hospitales de El Alto requieren servicios de mayor complejidad, se ven obligados a referir pacientes a los hospitales de la ciudad de La Paz, revelando las dificultades de un incipiente sistema de comunicación, transporte e información. Al débil funcionamiento técnico e integralidad de las redes de salud de El Alto, se suma el escaso énfasis en actividades de prevención y promoción de la salud y déficits en equipamiento, así como la cantidad y calidad de los Recursos Humanos (RRHH) técnicos y gerenciales.

- 1.10 **Organización descentralizada del Sector Salud.** La Ley Marco de Autonomías y Descentralización establece que el MSD es el ente rector del sector. Corresponde al MSD elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen su funcionamiento, así como el del Sistema Único de Salud (SUS) incluyendo el pago de salarios del personal dependiente de dicho sistema. Los gobiernos departamentales se encargan de la rectoría del sistema departamental. A los departamentos les corresponde la dotación y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria de tercer nivel, cofinanciar políticas, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central, y fortalecer el desarrollo de los RRHH necesarios para el sistema de salud, entre otros. A los municipios les corresponde formular y ejecutar el Plan Municipal de Salud, administrar la infraestructura y equipamiento, incluyendo el mantenimiento de los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, y dotarlos con agua y saneamiento, equipos, mobiliario, medicamentos e insumos.
- 1.11 El MSD cuenta con una Unidad Administrativa desconcentrada denominada “Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico” (PTOIEM) recientemente creada para fortalecer sus capacidades y apoyar la ejecución de los proyectos de inversión en este sector. La creación del PTOIEM es el resultado de las lecciones aprendidas durante la ejecución de cinco proyectos ejecutados por este ministerio con financiamiento del Banco (ver pár. 1.14).
- 1.12 **Justificación de la intervención propuesta.** Para enfrentar los desafíos descritos anteriormente, la presente operación apoyará al Gobierno de Bolivia a fortalecer la red integral de salud del municipio de El Alto, y a construir y equipar un nuevo hospital de tercer nivel de atención. La evidencia internacional demuestra, por ejemplo, que el desarrollo de redes integradas de servicios para la atención a las emergencias obstétricas¹⁶ que aumente por un lado la capacidad de los centros de atención primaria para el control del embarazo y la detección adecuada de las situaciones de riesgo y, por el otro, la calidad de la atención del parto y del recién nacido aplicando protocolos de manejo clínico en red¹⁷, se asocia a la disminución

¹⁶ Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 2005. *4 million neonatal deaths: when? Where? Why?* Lancet. 2005 Mar 5-11;365(9462):891-900.

¹⁷ Bodenheimer, Thomas. 2008. “Coordinating Care--a Perilous Journey Through the Health Care System.” *The New England Journal of Medicine* 358 (10) (March 6): 1064-71.

en la mortalidad infantil y materna¹⁸. El hospital apoyará en la atención de las emergencias obstétricas, y de las referencias de su área de influencia (zona sur de El Alto) para las cinco especialidades troncales (gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, traumatología y medicina interna). También hay evidencia que la planificación de la infraestructura de salud y de los RRHH, acorde al perfil epidemiológico, puede generar mayor eficiencia en la utilización apropiada de clínicas y hospitales¹⁹, asegurando la continuidad de la atención. Por lo tanto este hospital, además de dar respuesta a todo el municipio en otras atenciones de sub-especialidad, será el epicentro del cambio en el modelo de atención del cáncer cérvico-uterino. Se pretende que el Hospital El Alto Sur apoye a la red de servicios con la capacitación en IVAA, en la implementación del tratamiento oportuno, además de proporcionar el manejo de los casos de cáncer invasor identificados por el tamizaje, más allá del municipio, para los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí.

- 1.13 La operación de los Hospitales Norte y Sur El Alto será complementaria en el sentido de que para su área de influencia cada uno será referencia para las cinco especialidades troncales, mientras que, en el resto de especialidades y sub-especialidades, específicas para cada centro, se complementarán. La cercanía de los centros hospitalarios y el desarrollo de las redes de servicio permitirán que la gestión de referencias y flujo de pacientes se lleve a cabo bajo el concepto de una “gerencia única de red” que asegure el uso eficiente de los recursos humanos y del equipamiento hospitalario.
- 1.14 **Otras inversiones para el fortalecimiento de la red de servicios de salud en El Alto.** Con el préstamo 2822/BL-BO se está apoyando el equipamiento y puesta en marcha del Hospital Norte El Alto (ver párrafo 1.8). Asimismo el Gobierno de Bolivia realiza inversiones adicionales para fortalecer la capacidad de atención en el municipio de El Alto. El programa “Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud en el Municipio El Alto: Mi Salud”, de reciente creación, refuerza las acciones de promoción de la salud a nivel comunitario en la ciudad de El Alto. “Mi Salud” en 2013 incorporó a 150 médicos, 150 auxiliares de enfermería y personal técnico a los centros de atención primaria, además de apoyar con mejoras y adecuación de la infraestructura y equipamiento médico. Además, el Hospital Boliviano Holandés ampliará su capacidad de camas con recursos locales en 2014. Igualmente el Gobierno de Corea apoya la ampliación del Hospital Corea²⁰. A nivel departamental en general, la OPS y AECID apoyan el

¹⁸ Wagstaff, Adam, and Mariam Claeson. 2004. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges*. Washington, DC. Bokhari, Farasat A S, Yunwei Gai, and Pablo Gottret. 2007. “Government Health Expenditures and Health Outcomes.” *Health Economics* 16 (3) (March): 257–73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17001737>.

¹⁹ Hans, Erwin W., Mark Houdenhoven, and Peter J. H. Hulshof. 2012. “A Framework for Healthcare Planning and Control.” In *Handbook of Healthcare System Scheduling. International Series in Operations Research & Management Science*, ed. Randolph Hall, 303–320. New York: Springer US. Rechel, Bernd, Stephen Wright, James Barlow, and Martin McKee. 2010. “Hospital Capacity Planning: From Measuring Stocks to Modelling Flows.” *Bulletin of the World Health Organization* 88 (8) (August 1): 632–6.

²⁰ Dicha inversión incluye la ampliación de atención materna- infantil y la instalación de camas de terapia intensiva adulto y neonatal. El [Análisis Económico](#) estima un déficit de casi 300.000 días cama de atención en El Alto tomando en cuenta las ampliaciones por obras actualmente planificadas o prontas a entrar en operación que agregan 266 camas en El Alto. Con el hospital Sur en operación persiste un déficit de 240.000 días cama de atención.

fortalecimiento de las atenciones de urgencias y emergencias en el Departamento de La Paz, y el Gobierno de Bélgica, con su Programa de Fortalecimiento de Redes de Salud interviene con estrategias de promoción de la salud y mejoras en la infraestructura y equipamiento de centros de salud.

- 1.15 **Situación de la cartera del Banco en el sector salud en Bolivia.** El Banco está apoyando al Gobierno de Bolivia a fortalecer las redes de servicios en los departamentos de Potosí, La Paz, Oruro y Chuquisaca, mediante cinco préstamos en ejecución. Con el préstamo 1839/SF-BO para Chuquisaca, se ha mejorado la infraestructura y equipamiento de 18 puestos y centros, el equipamiento de 45 centros y el diseño final para 88 establecimientos adicionales y casas maternas. Con el préstamo 2252/BL-BO, se han refaccionado y equipado 29 establecimientos de primer nivel, equipado nueve, construido ocho casas maternas y equipado el centro departamental de coordinación de emergencias en Potosí, y se desarrollaron 303 estudios de pre-inversión para establecimientos de primer nivel en Oruro y Potosí. A nivel nacional, este programa financió, entre otras actividades, los documentos de identidad y certificados de nacimientos para 3.861 madres y niños, las transferencias monetarias del Bono Juana Azurduy para 69.258 madres y niños, la capacitación de 1.516 RRHH y la elaboración de 42 estrategias municipales de salud. El préstamo 2614/BL-BO fortalece la gestión de la Red Departamental de Potosí e incluye la construcción y equipamiento de establecimientos de primer y segundo nivel. Para completar la Red Departamental de Potosí, con el préstamo 2822/BL-BO se financia la construcción y equipamiento de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Potosí. (ver [Estado de la Cartera en Salud](#)).
- 1.16 **Alineación Estratégica.** La presente operación se enmarca dentro del marco de actuación del Banco en el sector previsto por la Estrategia de País Bolivia 2011-2015 (GN-2631-1). Dicho marco tiene como objetivo apoyar en la mejora de la calidad y cobertura de servicios de salud para poblaciones pobres e indígenas enfocándose en fortalecer la gestión y la organización del sistema, incluyendo la estructuración de redes, inversión en infraestructura y equipamiento, formación y gestión de los RRHH, y la implementación de acciones de mejora de la calidad y efectividad en la provisión de servicios. Asimismo, la operación propuesta se alinea con las Prioridades del Programa de Financiamiento del Noveno Aumento General de Recursos del Banco (CGI-9) (AB-2764) de préstamos a países pequeños y vulnerables, y reducción de pobreza y aumento de la equidad. Los resultados esperados de la presente operación van a sostener las metas de desarrollo regional de reducción de la mortalidad materna e infantil. Asimismo, la operación contribuye a aumentar el número de personas indígenas que se benefician de servicios de salud de calidad. Finalmente, la operación apoya las líneas de acción priorizadas por el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3), particularmente en lo que corresponde al apoyo a modelos de organización y prestación de los servicios fomentando la creación de redes integradas.

B. Objetivos, componentes y costo

- 1.17 El objetivo del programa es proveer atención con capacidad resolutive en la red municipal de salud de la ciudad de El Alto y de las zonas rurales cercanas, con el fin de reducir la mortalidad, especialmente la materno-infantil y la morbilidad y mortalidad de cáncer cérvico-uterino. El programa tendrá los siguientes componentes:
- 1.18 **Componente 1. Mejoramiento de la capacidad resolutive y eficiencia gerencial de los establecimientos de salud (EESS) del primer nivel (US\$3,83 millones BID y US\$0,7 millones contrapartida).** El objetivo de este componente es aumentar la capacidad resolutive de las unidades de primer nivel e integrarlas en red. Este componente financiará tres subcomponentes: (i) programa de prevención y control del cáncer cérvico-uterino; (ii) mejoramiento de la gestión de servicios de salud; y (iii) inversiones para mejorar el funcionamiento de la red.
- 1.19 **Subcomponente 1.1. Programa de prevención y control del cáncer cervico-uterino.** Este subcomponente apoyará la implementación del [Plan Municipal de Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino](#) (CaCU), un programa de prevención, detección y diagnóstico oportuno de cáncer cérvico-uterino y su tratamiento en el marco del modelo SAFCI. Se financiará: (i) actividades relacionadas con el control y prevención de CaCU incluyendo la aplicación de la vacuna contra el HPV²¹ antes del inicio de la actividad sexual; (ii) capacitación de RRHH para crear las competencias técnicas del personal para el plan de CaCU; y (iii) elaboración de protocolos para el tratamiento curativo y/o paliativo de casos de cáncer invasor.
- 1.20 **Subcomponente 1.2. Capacitación en gestión de servicios de salud.** Se financiará la capacitación del personal gerencial de los tres niveles de atención en temas de, entre otros: (i) gestión de servicios de salud y gestión de calidad de atención; (ii) registro, recolección, sistematización y/o análisis de la información sobre producción de servicios para la toma de decisiones; (iii) gestión de los RRHH de salud; y (iv) gestión de redes de servicios de salud. Para ello se desarrollará un [programa de capacitación](#) que podrá realizarse bajo el formato de un diplomado acreditado que fortalezca las capacidades del país para la gestión de redes de servicios de salud.
- 1.21 **Subcomponente 1.3. Inversiones para mejorar el funcionamiento de la red.** Este subcomponente financiará: (i) un sistema para mejorar la coordinación y comunicación de las redes de servicios urbanos y rurales; (ii) la formación y/o capacitación de técnicos en mantenimiento, conservación y reparación de equipos médicos e industriales para la red; y (iii) mejoras de la infraestructura y/o

²¹ De acuerdo a la recopilación de información para emitir sus recomendaciones sobre el CaCU la OMS reconoce que el 70% del CaCU es causado por dos subtipos del HPV. Las vacunas ahora disponibles en el mercado contra HPV previenen el 95% de las infecciones por estos dos subtipos de HPV. La Nota de orientación de la OPS/OMS de 2013 recomienda la vacunación de niñas. Con el apoyo de OPS y recursos locales Bolivia ha iniciado la vacunación de niñas.

completar el equipamiento de EESS para asegurar la capacidad para atender pacientes con cáncer cérvico-uterino y emergencias obstétricas.

- 1.22 **Componente 2. Construcción, equipamiento y puesta en marcha del Hospital de Tercer Nivel Sur El Alto (US\$34,8 millones BID y US\$2,9 millones contrapartida).** El objetivo de este componente es mejorar la cobertura y accesibilidad de la población de El Alto y áreas vecinas para las referencias de tercer nivel, incluido el tratamiento curativo y paliativo del CaCU invasivo. Se apoyará: (i) la construcción y equipamiento de un hospital de tercer nivel en el terreno de “Cosmos 79” en El Alto de 140 camas; y (ii) la preparación del plan de puesta en marcha del hospital Sur El Alto y su operación.
- 1.23 **Subcomponente 2.1. Construcción y equipamiento de un hospital de tercer nivel en El Alto.** El hospital contará con [áreas de atención](#) y 140 camas distribuidas en [especialidades médicas](#), entre otras para las siguientes sub-especialidades: geriatría, neurología, oncología clínica y radioterapia, reumatología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología y urología. Para apoyo diagnóstico y terapéutico, el establecimiento contará con [equipos](#) de laboratorio, de imágenes y radioterapia (braquiterapia y acelerador lineal).
- 1.24 **Subcomponente 2.2. Puesta en marcha y operación del hospital.** Se financiarán las actividades para la puesta en marcha para asegurar su funcionamiento integrado en la red de salud, y la implementación de un nuevo modelo de gestión de servicios. Esto incluye: (i) la elaboración de manuales, procedimientos y procesos y la capacitación del personal en su aplicación, especialmente para las áreas de emergencia con *triage* (priorización por gravedad), consulta externa con citas programadas y hospitalización eficiente; (ii) se capacitará al personal en temas de salud intercultural y buen trato, en cumplimiento con las normas nacionales y en servicios de consejería en planificación familiar, espaciamiento de embarazos con enfoque de género e intercultural²²; y (iii) se implementará un protocolo de referencia/contra-referencia de la red municipal de El Alto, que permita un acceso oportuno y la continuidad de la atención a lo largo de los diferentes niveles de servicios.
- 1.25 **Operación del hospital.** Para la operación a capacidad total del hospital son necesarios 519 ítems (plazas de funcionarios públicos) con un costo anual de 27,3 millones de pesos bolivianos (US\$3,9 millones). Se estima el costo de operación anual (que incluye salarios, mantenimiento, insumos y servicios básicos) para el Hospital Sur en US\$6,6 millones operando a capacidad completa. Se incrementará la capacidad funcional de forma gradual, arrancando el quinto año de ejecución del programa con 40% de su capacidad con 202 plazas (ítems). El costo de operación es de US\$2,6 millones y forma parte de la contrapartida nacional.

²² Las capacitaciones se basarán en las 18 prácticas del MSD para asistencia obstétrica y neonatal, la Guía de Atención Intercultural de la Salud Materna, el manual de manejo de la violencia sexual en servicios de salud y el Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos de Anticoncepción y Lineamientos Estratégicos 2012–2015 para Género en Salud.

1.26 **Componente 3. Formación en Recursos Humanos, Gestión²³, Monitoreo y Evaluación (US\$3,6 millones BID y US\$1,9 millones contrapartida).** El objetivo del componente es la mejora de la eficiencia del sistema, con el fortalecimiento del modelo de gestión y optimización de los RRHH. El componente financiará: (i) asistencia técnica para fortalecer las políticas de RRHH y la capacidad de rectoría por parte del MSD en esta materia; (ii) consultorías requeridas para fortalecer el equipo ejecutor dentro del Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico (PTOEM) del MSD; (iii) [plan de formación de especialistas](#); (iv) costo del Ente Gestor (EG)²⁴; (v) evaluaciones; y (vi) auditorías. La contrapartida nacional cofinanciará gastos de administración del préstamo además de la formación de RRHH. El Alto Sur requerirá de 202 recursos humanos que deben estar disponibles cuando el establecimiento entre en operación (estimado para el año 2017). En ese momento se deberá contar con enfermeras, licenciados, técnicos y médicos de diferentes especialidades así como personas capacitadas en gestión²⁵. Una vez que el hospital esté operando a capacidad total (estimado para 2021) serán necesarios 519 RRHH, de los cuales la mayoría estará disponible en el país, y podrá ser contratado y capacitado con los procesos de inducción del propio hospital. Se calcula que 95 profesionales requieren una formación específica que actualmente no está disponible en el país, por lo que el MSD, con apoyo del actual proyecto, creará programas de formación mediante diplomados y/o pasantías al nivel nacional que permitirá formar 65 de los mismos. Para los restantes 30, se requiere formación en el exterior. El Gobierno de Bolivia financiará los costos asociados con la formación del personal con recursos de la contrapartida.

C. Indicadores clave de la matriz de resultados

1.27 A continuación, se presenta el resumen de los indicadores de resultados para el programa. Se contempla el reporte de indicadores de manera semestral.

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

INDICADORES DE IMPACTO	Fuentes de verificación
Mortalidad neonatal precoz hospitalaria por 1.000 NV (<7 días) en el municipio El Alto	Informes estadísticos de hospitales. SEDES La Paz
Mortalidad materna hospitalaria por 100.000 NV en el municipio El Alto	
Mortalidad por CaCU por 100.000 mujeres entre 30 y 49 años de edad en La Paz	
	SNIS y estadísticas vitales del SEDES La Paz
INDICADORES DE RESULTADOS	
R1. Utilización de los servicios hospitalarios en el Municipio de El Alto incrementada	Sistema de referencia/ contra-referencia SEDES
a. Porcentaje de emergencias derivadas a La Paz sobre el total de emergencias generadas en el munic. de El Alto	
b. Porcentaje de partos institucionales en relación al número de partos esperados en el municipio de El Alto	
c. Personas que se benefician de un paquete básico de servicios de salud (total de mujeres tamizadas)	Sistema información departamental (SDIS)
R2. Capacidad de resolución en atención de salud materno-infantil y CaCU en el munic. de El Alto mejorada	Sistema de información administrativa del SEDES La Paz – Programa CaCU
d. % de mujeres entre 30 y 49 años tamizadas con IVAA con resultado positivo	
e. % de mujeres tamizadas IVAA con resultado positivo que completan el tratamiento según protocolo en un año	

²³ Una vez contratado el ente gestor y pudiendo desagregar los productos y actividades de inversión se imputará el valor de los productos del diseño y supervisión de obra al Componente 2.

²⁴ El Ente Gestor es una firma internacional que contratará el MSD, que tendrá un equipo de expertos en las áreas de construcción, equipamiento y gestión hospitalaria y que complementará las competencias del MSD, proporcionándoles asistencia técnica y les apoyará en la ejecución de este proyecto.

²⁵ Para conocer el detalle, ver el [Análisis de las Brechas en Recursos Humanos](#), 2013.

- 1.28 La planificación del hospital Sur, de los RRHH, y del modelo de gestión responden al perfil epidemiológico de El Alto. Con base en evidencia específica de Bolivia y/o de supuestos explícitos se realizó un [Análisis Económico](#) cuantificando los beneficios esperados, que se derivan del aumento del consumo de prestaciones por parte de la población, y los costos resultado de la inversión y de los gastos de operación del hospital. Bajo diversos escenarios el proyecto es rentable y produce beneficios sociales positivos. El valor presente del proyecto es de US\$17,6 millones aplicando una tasa de descuento del 12,67%, y tiene una tasa interna de retorno social de 22%, indicando que se obtienen ganancias cuando el valor es superior a la tasa de descuento. A diez años de la construcción del hospital Sur El Alto se incrementa en 25% la capacidad de días cama, se atienden 8.313 pacientes más por año, 50% más partos (5.195), 60% más consultas de especialidad y 29% más atenciones de urgencias.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Instrumentos del financiamiento

- 2.1 El programa se financiará a través de un préstamo de inversión específica, cuyo costo total asciende a US\$48,5 millones, de los cuales US\$43 millones serán financiados por el Banco de la siguiente manera: US\$34,4 millones con recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario y US\$8,6 millones con recursos del Fondo para Operaciones Especiales (FOE). La contraparte local será de hasta US\$5,52 millones. El presupuesto consolidado por componente se indica a continuación (ver [Presupuesto Detallado](#)).

Cuadro II-1 Costos del Proyecto				
Componente	BID	Contrapartida	Total	%
Componente 1 Mejoramiento de la capacidad resolutive y eficiencia gerencial de los EESS del primer nivel	3.830.000	700.000	4.530.000	9%
Componente 2 Construcción, equipamiento y puesta en marcha del hospital de tercer nivel Sur El Alto	34.800.000	2.900.000	37.700.000	78%
Componente 3 ²⁶ Formación en Recursos Humanos, Gestión, Monitoreo y Evaluación	3.576.000	1.924.000	5.500.000	11%
Formación y capacitación personal especializado	0	1.400.000	1.400.000	
Ente gestor incluye diseño y supervisión de obra	2.821.000	0	2.821.000	
Fortalecimiento institucional/ administración del programa	500.000	524.000	1.024.000	
Evaluaciones	155.000	0	155.000	
Auditoría	100.000	0	100.000	
Imprevistos	794.000		794.000	2%
TOTAL	43.000.000	5.524.000	48.524.000	100%

- 2.2 **Adquisiciones anticipadas/Financiamiento retroactivo.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo en la adquisición del diseño final del hospital y de actividades en apoyo al arranque de la ejecución de la operación, hasta por la suma de US\$4,3 millones (10% del monto propuesto del préstamo), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 3 de junio de 2013, fecha de aprobación del Perfil de Proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de

²⁶ Una vez contratado el EG se imputará el valor de los productos del diseño y supervisión de obra del Componente 3 al 2.

aprobación del préstamo. Estos procedimientos son consistentes con las disposiciones de la política sobre Reconocimiento de Gastos, Financiamiento Retroactivo y Adquisición Anticipada (OP-507).

B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.3 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703), la operación ha sido clasificada como Categoría “B”, considerando que los posibles impactos negativos y riesgos socio-ambientales son localizados y de corto plazo, y que las medidas de mitigación son conocidas y de fácil aplicación. Los riesgos socio-ambientales más relevantes están relacionados con el proceso de construcción y de operación del hospital Sur El Alto. Todos los impactos previstos son mitigables con la adopción de medidas ampliamente reconocidas, con apoyo municipal para la prestación de servicios básicos, y con apoyo del Instituto Boliviano de Tecnología Nuclear (IBTEN) para el manejo y disposición de residuos radiológicos.
- 2.4 Se ha presentado el Análisis Ambiental y Social (AAS) y el PGAS, cuyos resultados se encuentran en el [Informe de Gestión Ambiental y Social \(IGAS\)](#). Se considera que el proyecto generará impactos sociales positivos. El contrato de préstamo incluirá los requerimientos destacados en la sección VI del IGAS. En los Términos de Referencia del Contratista encargado de la construcción del hospital, se incluirán los lineamientos para el cumplimiento de las medidas de mitigación, para la obtención de licencia ambiental y la licencia institucional del IBTEN²⁷. Se ha garantizado el cumplimiento de la Directiva B.06 para la participación popular a través de la consulta pública realizada el día 20 de septiembre de 2013. El equipo de proyecto velará por el cumplimiento de la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP-765) durante la ejecución, particularmente la adecuación intercultural de los servicios de salud (según B.4.4.e de la OP-765 y lineamientos del MSD en el marco de la política SAFCI).

C. Riesgos fiduciarios

- 2.5 El nivel de riesgo agregado de la operación es medio. El MSD cuenta con capacidad y experiencia en la implementación de programas con financiamiento internacional, del Banco y de otros financiadores. Sin embargo, aún es incipiente la capacidad de gestión de proyectos de construcción y equipamiento de hospitales que involucran contratos grandes y complejos.
- 2.6 Para mitigar el riesgo relacionado con la competencia del MSD para gestionar un programa de la presente envergadura, el esquema de ejecución incluye al EG que fortalecerá al PTOIEM con competencias multidisciplinarias en las áreas de construcción, equipamiento y gestión hospitalaria. Se propone contratar al EG que resulte adjudicado mediante proceso de selección competitiva pública internacional para apoyar en la gestión técnica y fiduciaria del préstamo ya en ejecución que involucra hospitales de tercer nivel de atención (2822/BL-BO).

²⁷ Ambas licencias a ser presentadas antes del inicio de las obras.

- 2.7 Las medidas de mitigación de los riesgos fiduciarios incluyen: (i) preparación del Reglamento Operativo del Proyecto (ROP) y la instalación del equipo ejecutor con recursos de ATN/OC-13447-BO antes de la ejecución de recursos de préstamo; (ii) acompañamiento cercano por el Banco del actual proceso de la contratación del EG para el préstamo 2822/BL-BO que prestará los mismos servicios para el presente programa y cuyo proceso actualmente se encuentra en la fase de la no objeción a la evaluación de propuestas; (iii) apoyo técnico de expertos del EG para la definición de especificaciones técnicas, estrategia de compras, evaluación de propuestas, apoyo en la negociación y preparación de contratos; (iv) asegurar un proceso de contratación competitivo y público para personal del equipo ejecutor; (v) capacitación al equipo ejecutor en inscripción presupuestaria; y (vi) seguimiento periódico al desempeño del EG por el MSD y el Banco.

D. Otros Riesgos

- 2.8 Los riesgos principales para la operación son el financiamiento sostenible del costo operativo del hospital, y la disponibilidad de recursos humanos para los hospitales. En plena operación el costo de los dos hospitales de tercer nivel, El Alto Norte y Sur, representa un incremento del 17% en el gasto público del Departamento de La Paz, al hospital Sur le corresponde 9%. Si bien es un aumento importante, el Gobierno nacional demuestra un compromiso con mejorar el sector, lo cual se manifiesta a través de la duplicación del gasto en salud en los últimos seis años. A nivel nacional estos dos hospitales representan solamente el 3% del gasto en salud y son el 9% del incremento anual promedio del gasto público en salud. El gobierno nacional y del departamento han mostrado un compromiso fuerte para cubrir los gastos de operación de la nueva infraestructura. Se han asegurado ya los recursos necesarios para la puesta en marcha y operación del Hospital El Alto Norte para 2014. Para mitigar el riesgo a las finanzas locales, el gobierno nacional también está asignando recursos de contrapartida que financiarán el incremento paulatino de los gastos operativos. La puesta en marcha de dos hospitales complejos en El Alto, la ampliación de la capacidad resolutive de dos establecimientos de segundo nivel representan un riesgo de no contar con los RRHH requeridos en los próximos cinco años. Para atender el riesgo del déficit de recursos humanos, la operación financiará con recursos de contrapartida nacional la [capacitación del personal en las especialidades críticas](#) mencionadas en el párrafo 1.26 para contar con las competencias requeridas en el nuevo establecimiento El Alto y otros centros. Asimismo, se apoyará el fortalecimiento de la capacidad de gestión de RRHH a nivel nacional. Se busca instalar una mirada estratégica en el MSD sobre la planificación, regulación y gestión de RRHH (el Banco brindará apoyo técnico para la apertura de los hospitales y el fortalecimiento de RRHH), mejorando también los niveles de información para la planificación y toma de decisiones.
- 2.9 El terreno “Cosmos 79” es un lote de 24 hectáreas dentro de un predio de un millón de hectáreas propiedad del Municipio de El Alto. Será condición especial de ejecución, previo al inicio de obras para la construcción del hospital que el MSD presente evidencia de que: (i) se ha realizado la transferencia del terreno donde se construirá el Hospital de Tercer Nivel “Sur El Alto”, en favor del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz (GADLP); y (ii) GADLP está cumpliendo con las salvaguardias ambientales incluidas en el PGAS.

III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

A. Ejecución y administración del programa

- 3.1 El Estado Plurinacional de Bolivia es el Prestatario y el MSD es el Organismo Ejecutor del Proyecto. El MSD ejecutará el mismo a través del PTOIEM²⁸, la Unidad Administrativa desconcentrada del MSD dedicada a los proyectos de infraestructura y equipamiento en salud. El equipo ejecutor del préstamo dentro del PTOIEM contará con independencia técnica-operativa, administrativa-fiduciaria y legal.
- 3.2 Para la ejecución del préstamo, el PTOIEM contará con un equipo ejecutor del proyecto²⁹. Parte de este personal podrá estar asignado a la vez a la ejecución de otros de los proyectos con financiamiento del Banco ejecutados por el PTOIEM, en coordinación y acuerdo previo con el Banco. Los miembros del equipo ejecutor del proyecto podrán ser contratados con recursos de las cooperaciones técnicas³⁰ hasta por 10 meses de su funcionamiento. Posteriormente, se evaluará el desempeño de los miembros del equipo ejecutor, y aquellos con desempeño satisfactorio, continuarán prestando sus servicios y mediante contratación directa pasarán a ser financiados con recursos del Proyecto. **Será condición especial previa al primer desembolso que el equipo ejecutor de esta operación haya sido conformado en el PTOIEM.**
- 3.3 Las funciones del equipo ejecutor, entre otras, incluirán: (i) gestionar, a través de las instancias que correspondan, la inscripción de los Planes Operativos Anuales (POA) en el Presupuesto General del Estado; (ii) presentar al Banco las solicitudes de desembolso y los estados financieros auditados; (iii) preparar y presentar al Banco los informes iniciales, semestrales y otros requeridos por el Banco; (iv) cumplir y hacer el seguimiento de las cláusulas del contrato de préstamo; (v) abrir cuentas bancarias separadas y libretas en la Cuenta Única del Tesoro en el Banco Central de Bolivia; (vi) mantener registros contables del proyecto; (vii) elaborar y gestionar las matrices de gestión por resultados del proyecto con base en la matriz de resultados y el PMR; (viii) preparar los expedientes técnicos para las adquisiciones; (ix) realizar los procesos de adquisición para las actividades previstas en el PEP y POA; (x) realizar los pagos a proveedores y contratistas; (xi) preparar conciliaciones bancarias e informes financieros del programa; y (xii) cualquier otra actividad necesaria para el correcto y adecuado funcionamiento del proyecto.
- 3.4 El equipo ejecutor contará con asistencia técnica y operativa de una firma consultora denominada EG cuyo proceso de selección competitivo público internacional se ha iniciado bajo el Préstamo 2822/BL-BO. Como continuación natural de los servicios por los cuales la firma ha sido contratada, la misma firma elaborará el diseño del

²⁸ Creado mediante Resolución Ministerial No. 1393 del 12 de octubre de 2012, complementada por la Resolución Ministerial No. 0101 del 21 de febrero 2013.

²⁹ Conformado al menos por: un coordinador técnico que contará con firma autorizada ante el Banco, un especialista de planificación y monitoreo, un especialista de adquisiciones, un responsable administrativo-financiero, un especialista de salvaguardias ambientales y sociales, y cuatro técnicos en las áreas de infraestructura, equipamiento, formación de recursos humanos y gestión de redes de salud, pudiéndose agregar personal adicional según requerido.

³⁰ ATN/OC-13447-BO y/o ATN/OC-13678-BO para el periodo inicial de ejecución.

hospital El Alto Sur, así como otras tareas de apoyo técnico-fiduciario para ese hospital. La contratación del EG incluye la supervisión de obra, las tareas de apoyo y transferencia de conocimiento al MSD en la gestión técnica, operativa y fiduciaria del proyecto, y/u otras tareas de asistencia técnica y operativa definidas en los Términos de Referencia del EG. La contratación del EG será condición especial previa al desembolso de los recursos del Componente 2 del programa.

- 3.5 Las actividades del proyecto serán ejecutadas en coordinación con las direcciones técnicas del MSD y el SEDES de La Paz en el marco de las competencias establecidas en el Reglamento Operativo del Programa (ROP). El ROP establecerá las responsabilidades y funciones de los actores, y los procesos y procedimientos para la ejecución, incluyendo los detalles de la coordinación entre MSD y SEDES y al interior del MSD. **Será condición especial previa al primer desembolso la aprobación y entrada en vigencia del ROP en los términos y condiciones previamente aprobados por el Banco.**

B. Adquisiciones

- 3.6 Las adquisiciones y contrataciones del proyecto se realizarán de conformidad con las “Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID” (GN2349-9) y las “Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID” (GN-2350-9), respectivamente.
- 3.7 En consideración al pár. 3.4 y bajo la previsión 3.10(a) del Documento GN-2350-9 sobre la continuidad de la prestación de servicios, el MSD podrá contratar directamente al EG que haya sido seleccionado y contratado competitivamente bajo el Préstamo 2822/BL-BO. La contratación del mismo EG evitaría complicaciones de coordinación y la posible inconsistencia conceptual técnica en caso de contar con EG diferentes para cada hospital, lo cual supera cualquier ventaja adicional que aporte a un nuevo proceso competitivo.

C. Resumen de medidas para el monitoreo de resultados y evaluación del programa

- 3.8 La ejecución y el monitoreo del programa por parte del ejecutor seguirá el enfoque de gestión por resultados, igual que la supervisión por parte del Banco³¹. El detalle sobre las actividades y metodologías está descrito en el [Plan de Monitoreo y Evaluación](#) de la operación.

D. Actividades de preparación del proyecto ejecutivo del hospital Sur El Alto

- 3.9 Durante el diseño de esta operación, se ha avanzado con recursos de la cooperación técnica ATN/OC-13447-BO en la elaboración del plan médico-arquitectónico del hospital Sur El Alto. Con estos recursos también se preparará el ROP y se apoyará en el cumplimiento de las condiciones previas al primer desembolso. Con recursos de cooperación técnica BO-T1213 se co-financiará la contratación del EG del Préstamo 2822/BL-BO, para avanzar en el proyecto ejecutivo del hospital Sur El Alto, lo cual permitirá aprovechar el tiempo antes de la elegibilidad del préstamo para estos diseños, y así iniciar lo más pronto la ejecución de las obras.

³¹ Para apoyar la toma de decisiones de las autoridades en el tema del programa de cáncer cérvico-uterino se realizarán con recursos del préstamo un análisis de costo-beneficio ex ante sobre las vacunas contra el virus HPV.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
<i>I. Alineación estratégica</i>			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Programa de préstamos	Préstamos en apoyo a: i) países pequeños y vulnerables y ii) reducción de pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo	i) mortalidad infantil y ii) mortalidad materna.		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	Individuos que reciben un paquete básico de servicios de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN 2631-1	i) Ampliar la cobertura global de servicios de salud, ii) Aumentar la capacidad resolutoria de las redes de salud y iii) Disminución de la mortalidad materno-infantil.	
Matriz de resultados del programa de país	No disponible	En proceso de aprobación.	
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)			
<i>II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad</i>		Altamente Evaluable	Ponderación
		9.1	10
3. Evaluación basada en pruebas y solución		10.0	33.33%
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0	
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0	
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0	
4. Análisis económico ex ante		10.0	33.33%
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Effectividad o Análisis Económico General		4.0	
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		1.5	
4.3 Costos Identificados y Cuantificados		1.5	
4.4 Supuestos Razonables		1.5	
4.5 Análisis de Sensibilidad		1.5	
5. Evaluación y seguimiento		7.2	33.33%
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.3	
5.2 Plan de Evaluación		5.0	
<i>III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación</i>			
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*		Medio	
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		Sí	
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B	
<i>IV. Función del BID - Adicionalidad</i>			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/PDP)	Sí	Contabilidad y reportes: Los registros contables de la operación se llevarán dentro del Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa (SIGMA). Uso de sistemas subnacionales de licitación pública: Se utilizará el portal de internet del Sistema de Contrataciones Estatales (SICOES, www.sicoes.gov.bo) como mecanismo de publicidad de convocatorias y resultados de licitaciones nacionales y de procesos simplificados en Bolivia.	
No-Fiduciarios			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Sí	El proyecto contribuirá a mejorar la salud de las mujeres en edad fértil mediante la atención del parto y las emergencias obstétricas y para el control y manejo del cáncer cérvico-uterino.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	Previo a la aprobación, se presta asistencia técnica (con BO-T1187 y otras TCs) para los estudios de preparación y el análisis ambiental y social de la operación, y el programa médico arquitectónico y diseño final del hospital. Además, se apoyará el cumplimiento de condiciones previas al primer desembolso (ROP etc.).	
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.			

La tasa de mortalidad materna es de hasta 146 por cada 100,000 nacimientos vivos y la tasa de mortalidad infantil (<7 días) es de 11.2 por cada 1,000 nacimientos. Cada año se detectan 1,422 casos de cáncer cérvico uterino y 1.7 mujeres mueren diariamente por este tipo de cáncer por día. La oferta de servicios de salud es limitada con tasas de ocupación de hasta 90% a pesar de estadias eficientes de 4.3 días en promedio. La construcción de infraestructura para ofrecer servicios de salud y capacitación de personal son formas efectivas de reducir la mortalidad materna e infantil y para detectar el cáncer de forma temprana.

La matriz de resultados incluye en la sección de productos la capacitación, equipos, protocolos, planes e infraestructura necesarios para mejorar la capacidad de resolución de los servicios de salud. La matriz de resultados busca medir reducciones en la mortalidad infantil (<7 días), muertes maternas y cáncer cérvico-uterino para mujeres de entre 30 y 49 años. La evaluación propuesta del proyecto es una comparación antes-después sin atribución.

El riesgo identificado como más probable es el desempeño no satisfactorio por parte de la agencia ejecutora con una probabilidad de 3 y categorizado como medio. Las medidas de mitigación incluyen seguimiento y administración de expectativas. Los índices propuestos para monitorear estas acciones son actas de reuniones e informes.

Matriz de Resultados

Objetivo del Proyecto	El objetivo es de proveer atención con capacidad resolutiva en la red municipal de salud para la ciudad de El Alto y de las zonas rurales cercanas, particularmente para mujeres, niños y personas que pertenecen a grupos indígenas.
------------------------------	---

Impactos	Línea de base (2013)	Meta final (2019)	Observaciones
Mortalidad neonatal precoz hospitalaria por 1.000 NV* (<7 días) en el municipio El Alto	(por determinar)	Reducción por cinco puntos porcentuales	<p>Fuente: SEDES, informes de los tres hospitales existentes en El Alto (Boliviano-Holandés, Los Andes, Coreano) y del hospital Norte cuando entre en funcionamiento.</p> <p>Línea de base: Será levantada por el SEDES a principios de 2014 para los datos de la gestión 2013 en coordinación con los tres hospitales existentes a partir de los informes estadísticos anuales de los hospitales (es una información recolectada anualmente de forma sistemática).</p>
Mortalidad materna hospitalaria por 100.000 NV en el municipio El Alto	(por determinar)	Reducción por 5 puntos porcentuales	<p>Fuente: SEDES, informes de los tres hospitales existentes en El Alto (Boliviano-Holandés, Los Andes, Coreano) y del hospital Norte cuando entre en funcionamiento.</p> <p>Línea de base: Será levantada por el SEDES a principios de 2014 para los datos de la gestión 2013 en coordinación con los tres hospitales existentes a partir de los informes estadísticos anuales de los hospitales (es una información recolectada anualmente de forma sistemática).</p>
Mortalidad por CaCU** por 100.000 mujeres entre 30 y 49 años de edad en el departamento de La Paz	(por determinar)	Reducción por 10 puntos porcentuales	<p>Fuente: SNIS y estadísticas vitales del SEDES La Paz.</p> <p>Línea Base: Será levantada por el SEDES a principios de 2014 para los datos de la gestión 2013 a partir de los datos del SNIS y estadísticas vitales del SEDES La Paz (estos informes estadísticos anuales son recolectados de forma sistemática).</p>

*NV = Nacidos vivos

**CaCU = Cáncer Cervico-Uterino

Resultados	Línea Base ¹	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Observaciones/Fuentes de verificación	
1	Utilización de los servicios hospitalarios en el Municipio de El Alto incrementada								
1.1	% de emergencias derivadas a La Paz sobre el total de emergencias generadas en el municipio El Alto	(por determinar) 2013	Reducción del 5%	Reducción del 10% desde la línea base	Reducción del 15%	Reducción del 25%	Reducción del 38%	Reducción del 50%	Fuente: Sistema de información del sistema de referencia/ contra referencia del SEDES La Paz. Actualmente una consultoría financiada por BO-T1187 está validando el modelo de registro de estas derivaciones y cuantificando la Línea de Base para el ejercicio 2013 que estará disponible a principios de 2014. Es una información que se recoge sistemáticamente cada año a partir del registro de los centros derivadores (Hospitales de El Alto).
1.2	% de partos institucionales** en relación al número de partos esperados el municipio El Alto	54% (2012)	55%	57%	59%	62%	65%	75%	Sistema de información departamental (SDIS) de La Paz. Es una información que se recoge sistemáticamente de manera anual.
1.3	Personas que se benefician de un paquete básico de servicios de salud. (total de mujeres tamizadas bajo el Programa)	0	0	0	0	20,500	25,500	30,500	El indicador se alimentará del denominador del indicador 2.1, el cual representa un servicio básico de salud. Las metas de 2017-19 serán corregidas en 2017 cuando inicie el Programa de Control de Cáncer CaCU y se tenga un mejor estimado del número absoluto de personas que podrían beneficiarse con los recursos disponibles y centros de salud seleccionados. El indicador será reportado para indígenas.*****
2	Capacidad de resolución en atención de salud materno-infantil y CaCU*** en el Municipio de El Alto mejorada								
2.1	% de mujeres entre 30 y 49 años tamizadas con IVAA que obtengan resultado positivo (sobre el total de mujeres tamizadas)	0	0	0	0	2%	5%	5%	Sistema de información administrativa del SEDES La Paz – Plan municipal CaCU***
2.2	% de mujeres tamizadas con IVAA positivo que completan el tratamiento según protocolo en un año****	0	0	0	0	50%	75%	80%	Sistema de información administrativa del SEDES La Paz – Plan municipal CaCU

*IVAA = Inspección visual con ácido acético

** Según definición oficial en Bolivia, un parto es “institucional” cuando es asistido por personal profesional de salud, independientemente del lugar del parto.

***CaCU = Cáncer cervico-uterino

**** Este indicador se refiere a aquellos casos de mujeres que hayan sido tamizadas positivamente durante la inspección visual con ácido acético y a quienes, por lo tanto, corresponde aplicar el protocolo de tratamiento preventivo de cáncer dentro del lapso de máximo un año a partir del tamizaje.

***** El indicador será reportado solamente para indígenas ya que para no indígenas, dada la composición de la población del área de intervención del Programa en El Alto, el sistema de información del sector no reportaría datos representativos para población no indígena que representa una minoría, por lo cual con fines de aportar a este indicador, se supondrá que toda la población beneficiaria es indígena.

¹ Salvo indicación contraria, la Línea Base se refiere en todos los indicadores al año 2013

INDICADORES DE PRODUCTO

Indicador		Línea Base	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Meta fin proyecto	Observaciones/Fuentes de verificación	
COMPONENTE 1. Mejoramiento de la capacidad resolutive y eficiencia gerencial de los establecimientos de salud del primer nivel											
Sub-componente 1.1: Implementación del Plan Municipal de prevención y control del cáncer cérvico-uterino y su tratamiento											
1.1.1	Protocolo para el tratamiento curativo y/o paliativo de casos de CaCU* invasor elaborado	0		1					1	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
1.1.2	Redes integrales de salud en el municipio El Alto con al menos un establecimiento con personal capacitado en el nuevo protocolo de prevención, tratamiento y control del CaCU (Se refiere al 100% del personal responsable del área de CaCU de un establecimiento)	0					5		5	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
Sub-componente 1.2: Capacitación en gestión de servicios de salud											
1.2.1	Personas capacitadas en referencia/ contra referencia, gestión hospitalaria y de calidad y/o gestión de información	0			40	40	40		120	Informes semestrales del Proyecto (MSD). El indicador será informado de manera separada por sexo.	
Hitos											
H.1	Personas capacitadas en referencia-contra referencia de redes	0			10	10	10		30		
H.2	Personas capacitadas en gestión hospitalaria y de recursos humanos	0			10	10	10		30		
H.3	Personas capacitadas en gestión de la calidad asistencial	0			10	10	10		30		
H.4	Personas capacitadas en gestión de la información en salud	0			10	10	10		30		
Sub-componente 1.3: Inversiones para mejorar el funcionamiento de la red											
1.3.1	Protocolo y/o guía de coordinación y comunicación intra-red y de gestión hospitalaria elaborados**	0		2					2	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
1.3.2	Redes integrales de salud en el municipio El Alto con al menos un establecimiento que cuenta con equipamiento para cuidado materno-infantil y emergencias obstétricas según norma de caracterización***	0					5		5	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
1.3.3	Redes integrales de salud en el municipio El Alto con al menos un establecimiento que cuenta con equipamiento para la atención de CaCU según norma de caracterización***	0					5		5	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
1.3.4	Redes integrales de salud en el municipio El Alto con al menos un establecimiento que cuenta con equipamiento para la comunicación y coordinación según protocolo bajo 1.3.1	0					5		5	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
1.3.5	Redes integrales de salud en el municipio El Alto con al menos un establecimiento que cuenta con al menos una persona capacitada en mantenimiento de equipo médico para la atención de CaCU y/o salud materno-infantil	0					5		5	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	

* CaCU = Cáncer Cérvico-uterino

** El protocolo y/o guía de coordinación y comunicación de intra-red se refiere al documento técnico que define los flujos de comunicación y coordinación entre los diferentes niveles de las redes y el hospital y los medios necesarios. El protocolo y/o guía gestión hospitalaria se refiere a los documentos técnicos que define el modelo de gestión, organigrama y flujos de gestión de pacientes.

*** El equipamiento respectivo para el cuidado materno-infantil y el control y tratamiento de CaCU se refiere a la lista de equipos establecida en la "Norma de caracterización para establecimientos de salud primer nivel" (2da edición, Publicación #284 del MSD, 2013). Esta norma del Ministerio de Salud y Deportes establece los requisitos para la infraestructura y el equipamiento de establecimientos de salud en el 1er nivel de atención y será la referencia para las intervenciones respectivas de esta operación.

Indicador	Línea Base	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Meta fin de proyecto	Observaciones/Fuentes de verificación	
COMPONENTE 2. Construcción, equipamiento, y puesta en marcha del hospital de tercer nivel de El Alto Sur										
Sub-componente 2.1: Construcción y equipamiento del Hospital de Tercer Nivel Sur El Alto										
2.1.1	Hospital diseñado*	0		1				1	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
2.1.2	Hospital construido según plan médico-funcional	0				1		1	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
2.1.3	Hospital equipado según plan médico-funcional**	0					1	1	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
Sub-componente 2.2: Puesta en marcha y operación del hospital										
2.2.1	Plan de puesta en marcha del hospital El Alto Sur elaborado	0				1		1	Informes semestrales del Proyecto (MSD).	
Hitos										
H.1	Manuales, procedimientos y procesos elaborados	0			1			1		
H.2	Personal del hospital capacitado en los manuales, procedimientos y procesos de H.1	0			1			1		
H.3	Programa de capacitación en salud intercultural, buen trato, normas nacionales y servicios de consejería en planificación familiar, espaciamiento de embarazos con enfoque de género e intercultural ejecutado***	0			1			1		
H.4	Protocolo de referencia/contra-referencia de la red municipal de El Alto desarrollado	0			1			1		
COMPONENTE III. Formación en RRHH, gestión, M&E del programa										
Sub-componente 3.1: Formación de recursos humanos										
3.1.1	Personal capacitado en especialidades hospitalarias (físicos médicos, técnicos y médicos radio-terapeutas, entre otros)	0			150			150	Informes semestrales del Proyecto (MSD). El indicador será informado de manera separada por sexo.	
Sub-componente 3.2: Gestión, M&E del programa										
3.2.1	Ente Gestor contratado****	0	1					1	Contrato firmado e informes semestrales del Proyecto (MSD).	

* Diseño se refiere al proyecto arquitectónico y de instalaciones del centro hospitalario. Incluye Programa Médico Funcional, Anteproyecto Arquitectónico, Proyecto Ejecutivo, Expediente Técnico, Proyecto de Equipamiento, Proyecto de Arquitectura, Proyecto de ingeniería Sanitaria, Proyecto de ingeniería Eléctrica, Proyecto de Ingeniería de Climatización, Proyecto de ingeniería de Gases Medicinales, Proyecto de Ingeniería TIC y Proyecto de seguridad de las instalaciones.

** El equipamiento del hospital se rige por las especialidades médicas y características funcionales establecidas en el plan médico-arquitectónico del establecimiento. Desde el diseño de la operación existe este plan, incluyendo una lista del equipamiento requerido para su cumplimiento.

*** Se refiere a un programa de capacitación para el personal del nuevo hospital a ser implementado dentro de las actividades de inducción de los empleados contratados.

**** El Ente Gestor se refiere a una empresa consultora encargada del apoyo al gerenciamiento del proyecto y supervisión de obras.

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Estado Plurinacional de Bolivia

PROYECTO N°: BO-L1082 Programa de Mejoramiento del Acceso a los Servicios de Salud

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud y Deporte (MSD)

PREPARADO POR: Carolina Escudero (FMP/CBO) y Zoraida Argüello (FMP/CBO)

I. Resumen ejecutivo

- 1.1. El presente anexo III ha sido elaborado considerando el análisis de capacidad institucional fiduciaria efectuado por el Equipo FMP/CBO sobre la base del conocimiento del Banco en la ejecución del Préstamo 2822/BL-BO “Mejoramiento del Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia”, y la evaluación de los riesgos fiduciario. De este análisis se concluye que el “Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico” (PTOIEM) ha creado con el préstamo 2822/BL-BO, la estructura y condiciones administrativas, financieras y legales para atender la presente operación. Asimismo, se ha definido para la gestión fiduciaria un nivel de Riesgo Medio.
- 1.2. Los registros contables de la operación se llevarán dentro del SIGMA¹. Este es el sistema oficial del país para los registros financieros. Para los reportes financieros requeridos por el Banco sobre la base de efectivo (caja), se apoyarán inicialmente del SIAP-BID², mientras entra en operación el módulo de gestión contable de proyectos con recursos externos, integrado al SIGEP³.
- 1.3. Para la ejecución de esta operación se utilizará el portal de internet SICOES⁴ como mecanismo de publicidad de convocatorias y resultados de licitaciones nacionales y de procesos simplificados en Bolivia. Asimismo, se aplicarán los documentos de licitación estándar del BID o los documentos acordados con el VIPFE y puestos a disposición a través del SICOES.
- 1.4. El Sector Fiduciario recomienda fortalecer las áreas financieras y de adquisiciones con personal capacitado y con la inclusión de una firma gestora de proyecto que apoyará en las tareas complejas de adquisiciones, tal como está contemplado en la propuesta de préstamo. La operación implicará la contratación de obras hospitalarias complejas y equipamiento médico e industrial, para lo cual se contará igualmente con el apoyo de la firma gestora de proyecto.

II. Contexto fiduciario del Organismo Ejecutor

- 2.1. El MSD como entidad pública descentralizada se rige por la Ley No.1178 de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), de 20 de julio de 1990, que regula los sistemas de administración y de control de los recursos del Estado y su relación con los sistemas

¹ Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa, el cual en el mediano plazo se sustituye por el SIGEP

² SIAP-BID; Sistema de Administración de Proyectos del Banco Interamericano de Desarrollo.

³ Sistema Integrado de Gestión Presupuestaria

⁴ SICOES: Sistema de Contrataciones Estatales www.sicoes.gob.bo

nacionales de planificación e inversión pública. El PTOIEM, creado mediante Resolución Ministerial del MSD, reporta directamente a la MAE⁵ del MSD y goza de autonomía financiera, administrativa y legal para la ejecución de sus actividades.

- 2.2. La entidad, a través del PTOIEM utilizará para todos sus registros financieros el SIGMA que permite la disponibilidad de información sobre la ejecución presupuestaria, de forma segura y confiable. Este sistema emite reportes de ejecución financiera de conformidad a la estructura presupuestaria del país, sobre la base de devengado y en moneda local. Para la preparación de los informes financieros del Programa, se utilizará el SIAP-BID, mientras entra en operación el SIGEP, el cual tiene integrado el módulo de gestión de contable de proyecto con recursos externos⁶. Este módulo, permitirá la emisión de reportes respetando las estructuras de financiamientos y la moneda de los préstamos con la cooperación internacional.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

- 3.1 Esquema de Ejecución. El MSD conformó dentro de la estructura del ministerio, el Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico (“PTOIEM”), con el fin de atender los retos de la ejecución de programas y proyectos de hospitales de manera centralizada en el MSD. El PTOIEM posee autonomía para la administración fiduciaria y gestión técnica con el fin de restar dependencia de los procesos internos que existen en el MSD y hacer más fluida la ejecución de los programas y proyectos hospitalarios. Está conformado por un equipo de profesionales y técnicos, que se ha fortalecido con un equipo de coordinación y consultores externos para la preparación de especificaciones técnicas y términos de referencia para las adquisiciones previstas en el marco de la operación 2822/BL-BO.
- 3.2 El conocimiento del Banco de esquemas de ejecución y desempeño en otras operaciones a cargo del MSD⁷ en comparación con el esquema de ejecución y desempeño mostrado en la Operación 2822/BL-BO llevan a la conclusión que el esquema de ejecución idóneo para la Operación BO-L1082 es a través del PTOIEM fortalecido con un equipo de coordinación para el proyecto. Esta determinación se hace al concluir que el PTOIEM tiene un adecuado desarrollo institucional para asumir los retos de la ejecución de la Operación BO-L1082, y que el nivel de Riesgo asociado a la gestión fiduciaria del proyecto es MEDIO.
- 3.3 **Coordinación.** Para optimizar la coordinación general, el Reglamento Operativo del Programa definirá los flujos gramas con funciones autónomas y excluyentes (administrativas y legales) y el mecanismo de coordinación al que los involucrados se sujetarán en el marco del desarrollo del Programa. Se recomienda que el PTOIEM mantenga al personal fiduciario que actualmente forma parte de la UCP en el marco del Programa 2822/BL-BO.
- 3.4 **Adquisiciones.** A fin de no afectar la transmisión y afianzamiento de conocimientos en materia de adquisiciones ni el ritmo de ejecución, se deberán continuar los esfuerzos para mantener al personal fiduciario encargado de las áreas de Gestión Financiera y de Adquisiciones del Programa 2822/BL-BO, y que en la medida de lo necesario se fortalezca dichas áreas con personal de apoyo bajo la dirección de los encargados.

⁵ Máxima Autoridad de la Entidad

⁶ El módulo de gestión contable de proyectos fue desarrollado por el MEFP con apoyo del Banco y será puesto en operación en 2014.

⁷ 2614/BL-BO, 2719/BL-BO, 2252/BL-BO, 1839/SF-BO

3.5 Gestión financiera pública. Para garantizar una adecuada rendición de cuentas y la presentación oportuna de los Estados Financieros del Programa Auditados, el PTOIEM utilizará adicionalmente al SIGMA, el SIAP-BID, y contará con la asesoría y capacitación del Banco en materia de gestión financiera para proyectos.

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

Condiciones previas especiales al primer desembolso.

- 4.1 Reglamento Operativo del Programa (ROP). Deberá entre otros aspectos el esquema de ejecución, los flujos de información entre el MSD, el PTOIEM, la Entidad Gestora. Las funciones y procedimientos que integren las actividades fiduciarias del préstamo 2822/BL-BO (BO-L1078) y la presente operación.
- 4.2 Tipo de cambio acordado con el ejecutor para la rendición de cuentas. Para efectos de lo estipulado en el Artículo 3.06 (b) de las Normas Generales de este Contrato, las partes acuerdan que el tipo de cambio aplicable será el indicado en los incisos (b) (ii) de dicho artículo. En este caso, se aplicará el tipo de cambio vigente en el día en que el Prestatario, el Organismo Ejecutor, o cualquier otra persona natural o jurídica a quien se le haya delegado la facultad de efectuar gastos, efectúe los pagos respectivos a favor del contratista o proveedor.
- 4.3 Estados financieros y otros informes auditados. Se presentarán los Estados Financieros Auditados 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, debidamente auditados 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.
- 4.4 Los términos de referencia para la contratación de la FAI deben ser acordados y aprobados previamente por el Banco. Estos términos de referencia podrán incluir productos enmarcados en las Normas Internacionales de Auditoría (NIA), relacionados con la auditoría financiera del programa y trabajos relacionados de auditoría.

Condición especial previa al desembolso de los recursos del Componente 2 del programa

- 4.5 Contratación del Ente Gestor del Proyecto. El POD ha definido las funciones que se asignarán al Ente Gestor del Proyecto, las cuales permitirán asegurar la ejecución fiduciaria y la gestión técnica del proyecto.

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

- 5.1 Ejecución de las adquisiciones. Las adquisiciones se realizarán en el marco de las políticas GN-2349-9 y GN-2350-9, y los acuerdos convenidos en el contrato de préstamo.
- 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 Licitación (DELS) emitidos por el Banco.

Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco (o satisfactorios al Banco) y la publicación de las convocatorias podrán realizarse en el SICOES.

Las obras por montos iguales o inferiores a US\$1.000.000 serán contratadas aplicando el método de Comparación de Precios.

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).

- a. La Selección de Firmas Consultoras. Para el proyecto se hará utilizando la Solicitud Estándar de Propuesta (SEP) emitida por el Banco o el documento que haya sido acordado con el Banco.
- b. La Lista Corta de Firmas Consultoras. Esta lista podría estar integrada en su totalidad (100%) por Consultores Nacionales para contratos con valor inferior a los montos límites establecidos por el Banco para el país. Actualmente, en el caso de Bolivia dicho umbral es de US\$200.000.
- c. Contratación Directa del Ente Gestor del Programa. En el marco de la Operación 2822/BL-BO se está realizando un proceso de selección para la contratación del Ente Gestor. Conforme se refiere en el POD de la presente operación (BO-L1082), la continuidad del Ente Gestor se hace indispensable para asegurar consistencia conceptual e integralidad en el proceso de creación de las competencias multidisciplinarias en los diferentes temas de construcción, equipamiento y gestión hospitalaria del PTOIEM. En adición, la construcción, equipamiento y/o arranque de operación de los hospitales El Alto Norte y Potosí forman parte del Programa de Mejora en el Acceso a la Salud Pública del que también es participante el Programa BO-L1082 y el Hospital El Alto Sur. En ese orden, y bajo la previsión 3.10(a) del Documento GN-2350-9 sobre la continuidad de la prestación de servicios, el MSD podrá contratar directamente al EG que haya sido seleccionado y contratado competitivamente bajo el Préstamo 2822/BL-BO. La contratación del mismo EG evitaría complicaciones de coordinación y la posible inconsistencia conceptual técnica en caso de contar con EG diferentes para cada hospital, lo cual supera cualquier ventaja adicional que aporte a un nuevo proceso competitivo.
- d. 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, y por regla no utilizará entrevistas. Cuando los trabajos involucren vinculación de otras personas, para brindar apoyo y asesoría particular, normalmente deberá usarse firmas consultoras, salvo que este apoyo consista en la vinculación de 2 o 3 personas, ya que en dichas circunstancias –caso a caso- se analizará la pertinencia de apoyarse en consultorías individuales con servicios complementarios.

5.4 Planificación de las adquisiciones. El PTOIEM publicará el Plan de Adquisiciones en el Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA) y lo actualizará por lo menos

anualmente o conforme se requiera para reflejar las necesidades reales de ejecución del proyecto y el progreso alcanzado.

- 5.5 Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo. El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del préstamo, gastos elegibles efectuados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo en la adquisición del diseño final del hospital y de actividades en apoyo al arranque de la ejecución de la operación, hasta por la suma de US\$4,3 millones (10% del monto propuesto del préstamo), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el contrato de préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 3 de junio de 2013, fecha de aprobación del perfil del proyecto, pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo. Estos procedimientos son consistentes con las disposiciones de la política sobre Reconocimiento de Gastos, Financiamiento Retroactivo y Adquisición Anticipada (OP-507).
- 5.6 Preferencia Nacional. Para la ejecución de esta operación, no se considerara la inclusión de preferencia nacional en los procesos de adquisición de bienes previstos.
- 5.7 Términos de Referencia y Especificaciones Técnicas. La revisión de los términos de referencia y/o de las especificaciones técnicas es responsabilidad del JEP.
- 5.8 Tabla de montos límite (miles US\$)

Obras			Bienes y Servicios Diferentes a Consultoría			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 que US\$5,000	Menor o igual que US\$5,000	Menor que US\$1,000	Mayor que US\$200	Menor o igual que US\$200	Menor o igual que US\$50	Mayor que US\$200	Menor o igual que US\$200

- 5.9 Adquisiciones principales. Las adquisiciones principales previstas en esta operación se detallan a continuación:

Actividad	Tipo de Licitación	Fecha Estimada	Monto Estimado (miles US\$)
BIENES			
Varios procesos de licitación internacional para la adquisición de: a. central de gases medicinales b. equipamiento médico e industrial I y II para medicina general, c. equipamiento médico e industrial III para ginecología y obstetricia, d. equipamiento médico e industrial IV para imagenología, e. equipamiento médico e industrial V para oncología	LPI	4Q - 2014	17,515
Varios procesos de licitación nacional o comparación de precios para la adquisición de: a. equipos de comunicación para los EESS de las Redes, b. equipos a los EESS de las Redes para el control y prevención del cáncer cervix uterino, c. equipos para cuidado materno infantil	LPN - CP	3Q - 2015	2,650
OBRAS			
Construcción del Hospital Sur El Alto	LPI	3Q - 2014	15,600
SSERVICIOS DE CONSULTORIA			
Contratación del Ente Gestor de apoyo al programa	CD	3Q - 2014	2,821
Elaboración de estudios de línea DE base, monitoreo y evaluación de impacto (varios procesos)	SBC-SBCC	3Q - 2014	450

5.10 Supervisión de Adquisiciones. El establecimiento de los umbrales para revisión posterior se determina con base en la capacidad fiduciaria del OE, la complejidad de las adquisiciones, y/o factores externos que pueden afectar la ejecución de las adquisiciones en tiempo y forma. Dada la capacidad de gestión fiduciaria de adquisiciones del PTOIEM, el proyecto se ejecutará aplicando la modalidad ex ante al primer contrato de cada método de contratación, y con base en el desempeño mostrado en la ejecución ex ante el Banco podrá determinar la aplicación de la supervisión ex post de adquisiciones y los umbrales para tal efecto. Las contrataciones directas estarán sujetas a revisión ex ante).

Atendiendo a la matriz de riesgos identificados para el proyecto, se llevarán a cabo visitas de supervisión semestrales con el objetivo de actualizar el nivel de riesgo fiduciario y de monitorear el avance de la gestión de adquisiciones del Programa.

5.11 Gastos Recurrentes. Son aquellos gastos operativos y de mantenimiento requeridos para poner en funcionamiento el programa, y que serán acordados con el JEP e incluidos en el Plan de Adquisiciones. Los gastos recurrentes se contratarán siguiendo los procedimientos administrativos del Organismo Ejecutor, referenciados en el Reglamento Operativo (RO).

5.12 Otras Contrataciones Directas. Las contrataciones por montos menores a US\$500 dólares, individualmente, y que en bloque no superen los US\$5.000 dólares podrán ser contratados directamente en aras de la eficiencia y celeridad en la ejecución. Para ello, deberán ser aprobadas por el Jefe de Equipo y el Plan de Adquisiciones debiera también actualizarse.

5.13 Registros y Archivos. El PTOIEM será responsable de establecer los documentos de soportes, procedimientos y controles necesarios para la ejecución del Programa, así como el resguardo de los mismos conforme a lo establecido en el contrato de préstamo y a las leyes locales.

VI. Gestión Financiera

6.1. **Programación y presupuesto.** El PTOIEM realizará las acciones correspondientes para la inscripción del presupuesto del Programa. Una vez concluido el proceso de programación, formulación y aprobación del presupuesto por la Asamblea Legislativa, cuando se ejecutan recursos externos estos pueden ser inscritos posteriormente siguiendo los lineamientos de las normativas bolivianas vigentes.

6.2. **Contabilidad y Sistemas de Información.** Como entidad pública utilizará el SIGMA. Adicionalmente, para la rendición de cuentas financieras del Programa utilizará el SIAP-BID, mientras entra en operación el SIGEP, el cual tiene integrado el módulo de gestión contable de proyectos con recursos externos. De haber algún cambio de mejora al módulo contable de proyectos, automáticamente la operación también migrará a dicho cambio o mejoras.

6.3. **Desembolsos y flujo de caja.** Las modalidades de los desembolsos serán de anticipos y pagos directos principalmente, sin obviar cualquier otro mecanismo que el Banco pueda utilizar para efectuar pagos o reembolsos de gastos. Los anticipos se realizarán sobre la base de necesidades de liquidez para al menos seis meses. Para solicitar nuevos anticipos será necesario que sea justificado al menos el 80% del saldo acumulado de los anticipos. La

revisión de los gastos efectuados con los recursos del anticipo de fondo se realizará de manera ex post.

- 6.4. **Administración de los fondos del financiamiento.** La operación recibirá los recursos desembolsados del financiamiento en la cuenta única del tesoro (CUT) en el Banco Central de Bolivia (BCB) y transferidos posteriormente a cuenta en libreta moneda local, siguiendo los procedimientos establecidos por el Viceministerio del Tesoro para el manejo de los recursos de financiamiento.
- 6.5. **Control Interno y auditoría interna.** El equipo ejecutor está sujeto al cumplimiento de todos los sistemas de control interno establecidos por el MSD como entidad pública. Este ministerio, cuenta con una UAI, la cual debido al tamaño de la institución tiene un alcance limitado en las operaciones financiadas con recursos externos. No obstante, anualmente emite un informe de confiabilidad de las operaciones realizadas por el ente ejecutor, tomando como base una muestra representativa de las transacciones financieras realizadas por el MSD.
- 6.6. **Control Externo e informes.** El MSD llevará a cabo el control externo sobre las operaciones del proyecto, a través de una firma de auditoría independiente. Para ello contará con recursos del financiamiento.
- 6.7. **Plan de supervisión financiera.** Se contemplan las principales actividades: (i) asesoría y asistencia técnica en sistemas fiduciarios y operacionales, capacitaciones y supervisión del arranque de la operación, (ii) apoyo y supervisión a la preparación y ejecución de la programación financiera, (iii) gestión de riesgos fiduciarios, (iv) visita in situ a los lugar de inversión del financiamiento, (v) validación de los planes de acción acordados entre el Programa y el Banco para atender los hallazgos y/o recomendaciones de control interno efectuado por la auditoría externa, cuando sea aplicable. Estas actividades podrán ser modificadas sobre la base del análisis de riesgo financiero que se practicará al menos una vez al año, durante el período de ejecución de la operación.
- 6.8. **Mecanismo de ejecución.** La coordinación técnica del Programa, estará bajo la supervisión y coordinación del Programa Técnico Operativo en Infraestructura y Equipamiento Médico, dependiente directamente del Ministerio del MSD. Los procesos de adquisiciones y financieros serán realizados por el equipo fiduciario conformado en el actual préstamo 2822/BL-BO "Mejoramiento del Acceso a Servicios Hospitalarios en Bolivia", los cuales cuentan con experticia en los procesos fiduciarios requeridos para el Proyecto y aprovechando las condiciones creadas en el programa de independencia administrativa, financiera y legal. Este equipo ha sido capacitado y fortalecido en temas de políticas y procedimientos del Banco. No obstante, se hace necesario que este equipo sea reforzado con personal fiduciario de apoyo. Las funciones del equipo de ejecución se indican en la sección III-A del POD.