

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

NICARAGUA

PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA PARA MUNICIPIOS RURALES

(NI-L1095)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Emmanuelle Sánchez-Monin (SPH/CNI), Ricardo Pérez-Cuevas (SPH/CME); Co-Jefes de Equipo; Meri Helleranta (SPH/CNI); Santiago Castillo y Juan Carlos Lazo (ambos FMP/CNI); Sobeyda Castillo (CID/CNI); José Luis De La Bastida (VPS/ESG); Mónica Centeno-Lappas (LEG/SGO); Martha Guerra (SCL/SPH).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, 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

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS	2
A. Antecedentes, Problemática y Justificación	2
B. Objetivos, Componentes y Costo.....	10
C. Indicadores Claves de Resultados	12
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	13
A. Instrumentos de Financiamiento	13
B. Riesgos Ambientales y Sociales	13
C. Riesgos Fiduciarios	14
D. Otros Riesgos del Proyecto.....	14
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	16
A. Resumen de los Arreglos de Implementación.....	16
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados	17

ANEXOS

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

ENLACES ELECTRÓNICOS

REQUERIDOS

1. [Plan de Ejecución Plurianual \(PEP\)](#)
2. [Plan de Monitoreo y Evaluación](#)
3. [Informe de Gestión Ambiental y Social \(IGAS\)](#)
4. [Plan de Adquisiciones](#)

OPCIONALES

1. [Teoría de Cambio](#)
2. [Antecedentes técnicos](#)
3. [Organización de servicios y Recursos Humanos](#)
4. [Análisis Económico](#)
5. [Índice anotado y contenidos relevantes del Reglamento Operativo](#)
6. [Filtro de Política de Salvaguardias y Formulario de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos](#)

ABREVIATURAS	
AIEPI	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
ASSB-C	Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CBC	Casa Base Comunitaria
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CS	Centro de Salud
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EED	Evaluación Externa del Desempeño
ESAFIC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
HP	Hospital Primario
IGAS	Informe de Gestión Ambiental y Social
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MGA	Marco de Gestión Ambiental
MINSAL	Ministerio de Salud
MOSAFIC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
NV	Nacidos Vivos
PF	Planificación Familiar
PGR	Presupuesto General de la República
PIB	Producto Interno Bruto
POA	Plan Operativo Anual
POTH	Plan de Optimización del Talento Humano
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
PS	Puesto de Salud
PSG	Plan de Salvaguardias de Gestión
RACCN	Región Autónoma de la Costa Caribe Norte
RIS	Redes Integradas de Salud
RO	Reglamento Operativo
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud

RESUMEN DEL PROYECTO
NICARAGUA
PROGRAMA DE SALUD COMUNITARIA PARA MUNICIPIOS RURALES
(NI-L1095)

Términos y Condiciones Financieras						
Prestatario: República de Nicaragua				Capital Ordinario (CO)	Fondo para Operaciones Especiales (FOE)	
			Plazo de amortización:	30 años	40 años	
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud (MINSa)			Período de desembolso:	5 años	5 años	
			Período de gracia:	6 años	40 años	
Fuente	Monto (US\$)	%	Comisión de inspección y vigilancia:	(b)	NA	
BID (CO):	27.000.000	26,2				
BID (FOE):	18.000.000	17,5	Tasa de interés:	Facilidad Unimonetaria Fija ^(a)	0,25	
Contrapartida Local:	58.233.762	56,3	Comisión de crédito:	(b)	NA	
			Moneda de aprobación:	Dólares estadounidenses con cargo al CO	Dólares estadounidenses con cargo al FOE	
Total:	103.233.762	100,0				
Esquema del Proyecto						
Objetivo del proyecto/descripción: Reducir las disparidades en salud y acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) priorizados del Caribe Norte, Jinotega, Matagalpa y del Corredor Seco, específicamente ampliando y mejorando el acceso y la cobertura de servicios de promoción y atención a la salud de alta calidad bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) (¶1.18).						
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: El MINSa deberá presentar evidencia de que: (i) ha aprobado y se encuentra en vigencia el RO previamente acordado con el Banco y todos sus anexos actualizados; cualquier modificación del RO incluidos sus anexos deberá ser previamente acordada con el Banco (¶3.1); (ii) que cuenta con el personal incremental para conformar el equipo mínimo de apoyo técnico-operativo de dedicación exclusiva para la ejecución de los programas con financiamiento del Banco (¶3.1); (iii) haya dado cumplimiento efectivo al Sistema de Gestión Ambiental y al Marco de Gestión Ambiental (MGA) diseñados bajo el Programa RIS (¶2.2); (iv) haya cumplido con el plan de acción correctivo acordado en la supervisión ambiental (abril 2016) de dicho programa (Anexo 1 del Informe de Gestión Ambiental y Social-IGAS) (¶2.2); y (v) previo al primer desembolso del Componente 1, (a) que cuenta con la no objeción del Banco a la contratación del evaluador quien realizará la evaluación de desempeño independiente, con el objetivo de certificar el volumen y calidad de atenciones reportados bajo dicho componente (¶3.6); y (b) haber acordado con el Banco el monto del financiamiento por persona atendida para el primer año (¶2.1).						
Condiciones contractuales especiales de ejecución: El MINSa deberá presentar: (i) semestralmente evidencia que ha dado cumplimiento a las acciones: (a) indicada en la sección VI del IGAS en las fechas acordadas (¶2.2); y (b) del Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG) vigente y acordar la actualización del mismo plan (¶3.1); (ii) antes del 31 de marzo de cada año la programación de recursos para el año en curso y el reporte de ejecución del Presupuesto General de la República (PGR) del año anterior en las actividades de promoción y prevención de enfermedades, y primer nivel de atención, desglosado a nivel municipal para los 54 municipios priorizados y a nivel de SILAIS para el resto del país (¶2.8); (iii) anualmente, la actualización del financiamiento por persona atendida acordada con el Banco, basado en la revisión de los costos reales (¶2.1); y (iv) evidencia que los retiros se hayan llevado a cabo de acuerdo a lo establecido en el RO al presentar gastos relacionados con las compensaciones del POTH (¶2.5).						
Excepciones a las políticas del Banco: NA						
Alineación Estratégica						
Desafíos^(c):	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>	EI	<input type="checkbox"/>
Temas Transversales^(d):	GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	IC	<input type="checkbox"/>

^(a) El prestatario pagará intereses sobre los saldos deudores de esta porción del CO a una tasa basada en LIBOR. Cada vez que el saldo deudor alcance el 25% del monto neto aprobado o US\$3 millones, lo que sea mayor, se fijará la tasa base sobre este saldo.

^(b) 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.

^(c) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

^(d) GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

1. Disparidades en salud

- 1.1 Durante la última década, la salud ha sido prioritaria en las políticas y presupuestos públicos, con énfasis en ampliar la cobertura de servicios esenciales, resultando en una notable mejoría de los indicadores nacionales de salud. La esperanza de vida aumentó de 68 a 75 años entre 2005 y 2015 y se lograron los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre la mortalidad infantil y materna¹. Así, el año 2014 cerró con 54 muertes maternas en todo el país contra 119 en 2005². La mortalidad neonatal (durante el primer mes de vida) también disminuyó de 16 (2007) a ocho muertes por 1.000 Nacidos Vivos (NV) (2011) aunque da cuenta del 47% de la mortalidad infantil (antes del primer año). Pero persisten retos: estas mejoras no son igualmente visibles en toda Nicaragua. La Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN), los departamentos de Jinotega, Matagalpa, Madriz, Nueva Segovia y el norte de Estelí, León y Chinandega aún enfrentan importantes desventajas sociales. En estas regiones, el 67% de la población es rural (nacional 44%), más del 50% está en el quintil más pobre y el 27% de las viviendas rurales carecen de servicios higiénicos³. Parte de este ámbito geográfico constituye el Corredor Seco donde existe inseguridad alimentaria debido a la sequía crónica⁴. La dispersión geográfica y la pobreza constituyen barreras de acceso a los servicios de salud⁵, y la insalubridad es un factor de riesgo de enfermedades infecciosas, que, junto con la inseguridad alimentaria, contribuyen a profundizar la desnutrición⁶. Gran parte de la mortalidad materna y neonatal está relacionada con el acceso: donde éste es más limitado, la atención perinatal es más baja y las mortalidades materna y neonatal son consistentemente más altas⁷. Así, lograr un acceso adecuado a servicios esenciales de salud para las poblaciones rurales pobres es crítico para reducir las disparidades en salud.
- 1.2 El mejor nivel general de salud conlleva a que el país encare los desafíos del envejecimiento poblacional y del incremento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y que los departamentos rurales, donde la transición epidemiológica es menos avanzada, enfrenten una carga doble: las ECNT ya explican del 50 al 65% de las defunciones en esos departamentos (vs. más del 72% a nivel nacional) pero las enfermedades transmisibles, los trastornos nutricionales y del período perinatal todavía dan cuenta de más del 20% de las muertes y hasta 37% en el Caribe Norte, vs. menos de 12% en el país⁸. Dichas afecciones tienen consecuencias de mediano plazo relacionadas con el desarrollo

¹ CEPAL. [América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los ODM](#),

² MINSA Informe de Gestión en Salud 2014.

³ INIDE. [Encuesta Demográfica y de Salud 2011/12](#) Informe Final. 2014, fuente de los datos socio-demográficos y sanitarios, salvo indicación contraria.

⁴ [Aqua, agricultura y seguridad alimentaria en las zonas secas de Nicaragua](#). Bendaña García, G., 2012.

⁵ [Enlace Opcional 1](#) que presenta la evidencia correspondiente.

⁶ Ibid. Existe un círculo vicioso: la desnutrición provoca mayor propensión a contraer infecciones y éstas exacerban la desnutrición.

⁷ Ibid.

⁸ MINSA, Informe de datos al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), marzo 2016.

de las ECNT⁹. Finalmente el país es altamente vulnerable a desastres naturales y enfrenta periódicamente brotes epidémicos (principalmente dengue, chicunguña y ahora zika), lo cual crea mayor presión sobre los servicios de salud. Estas circunstancias plantean el reto de atender demandas simultáneas y complejas, cuya resolución requiere de la consolidación de una red integrada de servicios que asegure la continuidad de la atención desde el ámbito comunitario hasta el segundo nivel.

1.3 Los indicadores de salud infantil reflejan la magnitud de las disparidades existentes. La mortalidad neonatal del área rural es el doble del área urbana (10 vs. 5 por 1.000 NV). En el Departamento de Madriz, la desnutrición crónica en menores de cinco años es 29,5% y en la RACCN 23%, contra 17% a nivel nacional y 12,8% en el área urbana. En el Caribe, la cobertura del esquema completo de vacunación en niños de 18 a 29 meses es de 76,3% (versus 85,3% en el área urbana). En Jinotega la búsqueda de atención médica para niños con diarrea e infección respiratoria es menor al 60%; en consecuencia, hasta el 18% de los niños con diarrea se complican y el 32,5% de las infecciones respiratorias progresan a neumonías, requiriendo hospitalización¹⁰. Esta situación contribuye a que la mortalidad infantil sea de 33 por 1.000 NV, mientras que en Managua es de 12 y en el país de 17.

1.4 Los indicadores de salud de las adolescentes y Mujeres en Edad Fértil (MEF) mayores de 20 años reflejan la dimensión de las brechas de cobertura y calidad. El embarazo en adolescentes representa un riesgo, agudizado por patrones culturales de ocultar el embarazo y por tanto no buscar atención prenatal oportuna. En las regiones mencionadas en ¶1.1, la razón de mortalidad materna (trienal 2012-2014) fue 67 por 100.000 NV, mientras que en 2014 el indicador nacional cerró en 37 por 100.000 NV. La salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes representa desafíos específicos: son un grupo de riesgo en salud, con tasas elevadas de mortalidad materna, y neonatal e infantil entre sus hijos. Entre las adolescentes la tasa de fecundidad es alta (rurales 117, urbanos 74 por mil) y sólo el 36% utiliza algún método anticonceptivo. En consecuencia, el 31% es madre o está embarazada (nacional 23%). En las MEF mayores de 20 años del Caribe Norte, el uso de métodos modernos de anticoncepción es de 62% (nacional 77%). En esa misma región, cerca del 30% de las embarazadas recibe insuficiente atención prenatal (ningún control o menos del mínimo de cuatro controles que establece la norma) vs. 12% a nivel nacional. En cuanto a calidad de atención, el 61% de los partos es atendido por personal médico contra 87% a nivel nacional. Los datos nacionales indican que de las 54 muertes maternas ocurridas en 2014, 46 fueron por causas obstétricas directas, las cuales son evitables¹¹ con buena calidad de atención del embarazo y parto.

2. Ampliar la cobertura, acceso y calidad: avances del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)

1.5 El gobierno a través del Ministerio de Salud (MINSa) tiene en marcha acciones para ampliar la cobertura, el acceso y la calidad de la atención en salud y reducir

⁹ [Enlace Opcional 1.](#)

¹⁰ MINSa, op.cit. nota 8.

¹¹ [Enlace Opcional 1.](#)

las inequidades “privilegiando a los sectores más desprotegidos”¹². La prioridad de estas acciones tiene un soporte económico, ya que el esfuerzo presupuestario dedicado a salud en el 2016 es 2,85 veces el de 2005, pasando del 2,5% a 3,44% del Producto Interno Bruto (PIB) en ese período¹³. El gasto total per cápita en salud fue de US\$382 en 2013 y más que triplicó desde 2006 (US\$107)¹⁴. El MINSA articula cinco estrategias claves para incrementar la oferta, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de servicios: (i) implementación de la sectorización como base del MOSAFC; (ii) optimización del recurso humano, buscando mejorar la mezcla de perfiles, edades y distribución geográfica del personal; (iii) empoderamiento comunitario a través del involucramiento de voluntarios (los “protagonistas”) como agentes de promoción de la salud y atención en su comunidad; (iv) establecimiento de redes integradas de servicios para mejorar el acceso, la coordinación y continuidad de la atención; y (v) uso de tecnología para la capacitación y gestión de servicios.

1.6 La sectorización como base del modelo. MINSA está cimentando la oferta de servicios desde la Atención Primaria en Salud (APS). Desde su inicio en 2008, el MOSAFC¹⁵ enfatiza la promoción y prevención en las comunidades, y la extensión de servicios de salud esenciales y gratuitos. La base organizativa de la APS es el “sector”: un territorio geográficamente definido y cuya población es atendida por un Equipo de Salud Familiar y Comunitario (ESAF) constituido por tres trabajadores de la salud (médico/a, enfermero/a y auxiliar). Los ESAFC atienden a la población en su “sede”: sea una Casa Base Comunitaria¹⁶ (CBC) o un Puesto de Salud (PS); “dispensarizan”, es decir, levantan la historia de salud de las familias detectando riesgos de salud y actualizan el censo de embarazadas, menores de cinco años y pacientes crónicos. Mediante visitas comunitarias programadas articulan su labor con una red de protagonistas (brigadistas, parteras) quienes desarrollan actividades de promoción de la salud y de captación. Para profundizar la cobertura, el MINSA está abriendo un mayor número de sectores buscando que la población atendida por un ESAFC pueda acceder a la sede del sector en cuatro horas o menos. Lo anterior implica un fuerte aumento del personal asistencial: en la actualidad, ya se cuenta con 1,5 médicos y enfermeros por 1.000 habitantes, vs. 1,2 en 2005, pero en el ámbito geográfico de interés de esta operación, un 70% de los ESAFC está incompleto al contar con solamente uno o dos trabajadores; el déficit es de más de 800 trabajadores de la salud para los ESAFC rurales a pesar de los avances indicados en el siguiente párrafo. Además, la lejanía conlleva un recambio frecuente del personal médico dificultando sostener ESAFC completos en esas zonas.

1.7 Optimización del Recurso Humano. Para responder a esta necesidad, el MINSA tiene en operación el Plan de Optimización del Talento Humano (POTH) que impulsa un relevo generacional y la redistribución geográfica y por perfiles del personal con apoyo del Programa del Corredor Seco (¶1.13). El POTH permite pagar la bonificación establecida por el Convenio Colectivo y Salarial del MINSA

¹² MINSA Política Nacional de Salud, 2008, p.5.

¹³ Ministerio de Hacienda y Crédito Público, [Informe de Liquidación del Presupuesto](#), 2005-2015.

¹⁴ OMS: www.who.int/countries/nic/es y OPS, Evaluación Institucional del Sistema de Financiamiento de la Salud Nicaragüense, 2009.

¹⁵ MINSA. [Documentos del MOSAFC](#), 2008-2010.

¹⁶ Las CBC son una infraestructura sencilla en comarcas rurales, dada por el municipio al MINSA para actividades de salud comunitaria y albergar al ESAFC, en ausencia de un PS.

para los trabajadores con más de 20 años de antigüedad y 60 años de edad (o 30 de antigüedad y 50 de edad), a cambio de su retiro voluntario. El personal asistencial con mayor antigüedad tiende a ser más especializado, a laborar en el segundo nivel y en centros urbanos. Con el estancamiento del personal de salud entre 1989 y 2007, el personal de mayor antigüedad llegó a ser sobre-representado en la plantilla del MINSA, dificultando la implementación del MOSAFC¹⁷. La masa salarial liberada por el POTH permite contratar enfermeros y auxiliares cuyo perfil se ajusta más a las necesidades existentes en zonas rurales y dispersas. El POTH es un requisito de la estrategia, propia del MOSAFC, de transferencia de responsabilidades de atención hacia personal menos especializado, técnico, incluso de involucramiento de los voluntarios (¶1.8). Esta estrategia se considera efectiva para lograr mayores coberturas, siempre y cuando la transferencia comprenda una capacitación robusta y sostenida, y esté acompañada por los niveles de mayor resolución (¶1.9)¹⁸. El POTH se activó en 2014 y el porcentaje de aceptación por los trabajadores ha sido superior al 92%. El primer grupo de 662 retiros liberó masa salarial que, junto con el aumento general del presupuesto, permitió financiar en 2015 más de 2.200 nuevos puestos de enfermería y de médicos en servicio social que fueron asignados a los ESAFC. Al final del 2016, se proyecta que 380 trabajadores mayores de 50 años y elegibles para el POTH estarán laborando en el MINSA. Si 350 trabajadores se acogieran a una nueva etapa del POTH entre 2017 y 2020, ello permitiría contratar a 500 auxiliares, enfermeros y médicos generales para los ESAFC (Componente 2, ¶1.20).

- 1.8 **El MOSAFC impulsa estrategias de empoderamiento comunitario** que incluyen la consejería a pares (buscando cambios de conducta), la captación, inicio de atención y/o la referencia de la población por los protagonistas, basado en sus conocimientos de señales de peligro. Esas estrategias incluyen: (i) la norma de salud y nutrición comunitaria, conocida como Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) que aborda la vigilancia de la nutrición de embarazadas y niños menores de dos años y el manejo comunitario de casos, otrora conocido como la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia Comunitaria (AIEPI-C); (ii) la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC) que incluye la consejería, referencia para la captación en el primer nivel y atención subsecuente en la comunidad en Planificación Familiar (PF), e incluye atención diferenciada para adolescentes; y (iii) Estrategia de Casas Maternas que ofrece a embarazadas de comunidades lejanas un albergue donde quedarse, para brindarle controles prenatales de mayor calidad y para la atención de su parto con acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE ¶1.10). La red nacional de casas maternas creció de 74 a 169 entre 2010 y 2015 (con más de 2.000 camas de capacidad), permitiendo en 2014 a poco más de 40.000 mujeres rurales la atención institucional de su parto (26% de los nacimientos del año)¹⁹. Las atenciones que apoyaría el Componente 1 (¶1.14, ¶1.19) incluyen estas tres estrategias comunitarias.
- 1.9 **El MOSAFC es un modelo de red integrada** que busca la continuidad y coordinación entre los equipos comunitarios con la red institucional y entre los

¹⁷ [Enlace Opcional 3.](#)

¹⁸ [Optimizar las funciones de los Trabajadores de la Salud para Mejorar el acceso.](#), OMS 2013.

¹⁹ MINSA, Op.Cit. nota 2.

niveles de dicha red²⁰. El personal del MINSA recibe las referencias comunitarias y a su vez refiere y contra-refiere al paciente entre establecimientos de atención primaria (PS, Centro de Salud –CS- y Hospital Primario -HP) y niveles de atención especializados: Policlínicos, Hospital Departamental, Regional, y con servicios de referencia nacional. La dirección de salud en cada municipio organiza los servicios, supervisa a los ESAFC (en los encuentros comunitarios) y personal del CS u HP. La dirección municipal es supervisada por la Dirección General del Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS), la delegación del MINSA en cada departamento. El SILAIS supervisa el hospital de referencia departamental. La consolidación de capacidades de gestión de la red, además de la capacidad física (infraestructura) y clínica (del personal de atención), es crítica para lograr una distribución adecuada de los recursos y brindar atención que cubra los atributos de continuidad, oportunidad y calidad. Con el relevo generacional en proceso, la sostenibilidad del modelo de Nicaragua depende de la formación de una masa crítica de gestores del modelo. El MINSA está formando las primeras cohortes de médicos especialistas en gestión del MOSAFC (80 médicos están en formación) y con esta operación ofrecería una formación más corta en gestión del Modelo para recursos no especializados. Finalmente, el MINSA adaptó el instrumento de los acuerdos de gestión institucionales en Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar Comunitarios (ASSB-C). Dichos acuerdos incluyen la identificación de riesgos y acciones en pro de la salud de la comunidad, que la dirección municipal de salud y las comunidades acuerdan desarrollar conjuntamente. El Componente 3 apoyaría la capacidad física de la red (¶1.21) y el Componente 4 apoyaría la gestión, incluidos los ASSB-C (¶1.22).

- 1.10 La reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal requiere mejorar el acceso y la calidad de la atención en el período preconcepcional y prenatal, y en especial en el período perinatal (45 días antes, durante y después del parto). Un tercio de las complicaciones del parto no está asociado a riesgos detectables durante el embarazo, y esas complicaciones impactan a la madre y al bebé; dos tercios ocurren en el período perinatal. La proximidad de una unidad que ofrezca CONE es crítica para evitar la segunda de las llamadas “tres demoras”²¹. Para ello, otro elemento novedoso del MOSAFC es la tipificación de los HP, que ofrecen solamente parte de los servicios del hospital general, entre ellos: atención de emergencia y CONE, en una unidad de mucho menor tamaño, evitando que las embarazadas tengan que buscar atención potencialmente a más de un día de camino de su comunidad. El conjunto del Componente 1 apoyará también la atención a la mujer y la niñez en la red institucional, incluyendo los CONE (¶1.14, ¶1.19) y el Componente 3 incluye la construcción de dos HP (¶1.21).
- 1.11 **Tecnología para fortalecer la capacitación y gestión.** El MINSA está ampliando la conectividad de sus establecimientos. Con el Programa de Banda Ancha (NI-L1090) se llegará a 190 unidades de salud en las cabeceras municipales y departamentales, no más tarde que en 2018. Ello posibilitará el uso de las tecnologías de comunicación e información para responder eficientemente al requerimiento sostenido de capacitación mencionado en el

²⁰ [Redes Integradas de Servicios de Salud](#). OPS 2010.

²¹ [Enlace Opcional 1](#).

¶1.7. Este programa plantea ampliar el uso de aulas virtuales y el acceso a la biblioteca electrónica de referencias técnicas para el personal de salud aun en puestos con difícil acceso, y multiplicar las conexiones de video entre unidades de atención propiciando mayores interconsultas (telemedicina) y la enseñanza virtual mediante la observación de procesos de atención a distancia (¶1.20).

- 1.12 El registro epidemiológico y de producción en el primer nivel no es nominal. Ello dificulta la atención (ej. proceso de referencia y contra-referencia) y la gestión de los servicios (ej. estimación de la cobertura). El MINSA cuenta con el sistema de información comunitaria, un protocolo y sistema informático para el registro de las atenciones comunitarias, que sí es nominal (registro—o censo gerencial- de embarazadas y niños seguidos en PROCOSAN). En los municipios incluidos en las operaciones de la Iniciativa de Salud Mesoamérica (ISM) y el Programa de Salud Comunitaria en el Corredor Seco, los protagonistas están empezando a remitir información de los censos por mensajes de texto pre-programados en un teléfono celular provisto por el MINSA. El alcance del sistema informatizado y por celular es todavía muy limitado y los registros comunitarios y de APS no están articulados, perdiéndose la oportunidad de avanzar con la nominalización ([Enlace Opcional 1](#)). Esta operación plantea digitalizar el registro de atención por los ESAFC y articularlo con los censos comunitarios ya digitales, dotando gradualmente de tabletas a los ESAFC. Con la red comunitaria se propone ampliar la utilización de la tecnología celular para fortalecer la vigilancia de la salud de las embarazadas y puérperas y de los niños de 0 a 5 años de edad, fortaleciendo la capacidad de alerta de emergencias obstétricas y neonatales, Componente 4 (¶1.22).

3. Lógica programática y lecciones aprendidas de los programas del Banco

- 1.13 El Banco está apoyando al sector salud de forma creciente bajo las últimas dos estrategias con el país al amparo de las cuales se aprobaron sucesivamente los programas²² de: (i) Mejoramiento de salud familiar y comunitaria (“Mejoramiento”) cuyo objetivo es mejorar la salud materna e infantil mediante un mecanismo innovador de transferencia al MINSA por persona atendida; ese programa es complementado por las operaciones de la ISM, que promueven incentivos a la demanda y de aseguramiento de la calidad; (ii) Redes Integradas de Salud 2 (“RIS”) orientado al desarrollo de estrategias y normas de gestión del MOSAFC, y la implementación del Plan Maestro de Inversiones en SILAIS priorizados; (iii) Fortalecimiento de la Salud Comunitaria y Extensión de Servicios de Salud y Nutrición en las Comunidades de Corredor Seco que apoya el POTH y la extensión de estrategias comunitarias en esa región; y (iv) Modernización de la Infraestructura y Gestión Hospitalarias, que complementariamente con la ISM apoya el mejoramiento de la calidad. El mapa a continuación refleja la focalización de la cartera. Con cada nueva operación se construye un programa integrado, avanzando para cerrar brechas que rebasan el alcance financiero y temporal de cada operación individual e integra las lecciones aprendidas. A continuación destacamos las principales lecciones mientras el [Enlace Opcional 1](#) presenta los avances de cada operación.

²² (i) NI-L1054 (2527/BL-NI); ISM NI-G1001 y NI-G1005 (GRT/HE-13118; GRT/HE-14850-NI); (ii) NI-L1068 (2789/BL-NI); (iii) NI-L1081 (2986/BL-NI); y (iv) NI-L1082 (3306/BL-NI).



1.14 **Transferencia por persona atendida: incentivar cobertura, focalización y calidad.** En 2012, para apoyar la extensión de cobertura materno-infantil institucional el programa de Mejoramiento inició un mecanismo de transferencia al MINSA por persona atendida y desde 2015, se está aplicando a las estrategias comunitarias en municipios focalizados del Corredor Seco. En ambos programas el gasto elegible es la transferencia al MINSA por persona atendida y el producto son las atenciones efectivamente prestadas, mientras con el mecanismo tradicional de financiamiento, el gasto elegible cubre los insumos para la atención pero sin que se presten necesariamente ningún servicio - este mecanismo asegura cobertura efectiva pues la transferencia se da contra el registro nominal de atenciones llamadas “trazadoras”. Éstas dentro del conjunto de prestaciones son eventos únicos en un ciclo de atención anual (ej. “tercera dosis de Pentavalente”). Entonces, el mecanismo estimula en especial la prestación de las trazadoras las cuales son especificadas con criterios de calidad a cumplir: así, se paga únicamente contra el registro de primeros controles prenatales que hayan sido oportunos. Entre 2012 y 2014, el programa de Mejoramiento logró un aumento del 47% en la cobertura de partos en unidades que ofrecen CONE en el área priorizada, lo cual fue posible gracias a la sinergia con RIS bajo el cual se entregaron en la misma área y tiempo ocho casas maternas, nueve PS y CS, cinco nuevos HP y la rehabilitación de tres hospitales de referencia. La evaluación de ISM reporta los avances en calidad²³ producto de la misma sinergia: entre inicios de 2013 y finales de 2014, el porcentaje de unidades primarias del área con todos los suministros exigidos por la norma de atención infantil incrementó de 63 a 100% ([Enlace Opcional 1](#)). En esta operación un nuevo trazador plantea desagregar la entrega comunitaria de anticonceptivos entre las/los adolescentes y adultos, asignando un mayor financiamiento a los primeros (¶1.4). La cobertura es verificada mediante una evaluación de desempeño semestral que además de certificar los servicios prestados valora su calidad. En esta operación se plantea aprovechar esa

²³ [Nicaragua Reporte. Encuesta a los 18 Meses](#). ISM 2015

evaluación para generar planes de mejora de la atención, volviendo la evaluación “capacitante”.

- 1.15 El financiamiento del Banco es incremental: consiste en un porcentaje del costo total de atención, igual o menor a la brecha financiera requerida para ampliar la cobertura existente al inicio del programa. Dado que se cubre parcialmente el costo por persona, el financiamiento es un incentivo para que el MINSA canalice sus propios recursos priorizando atenciones de alto costo-efectividad y en áreas de mayor necesidad. Esta operación plantea consolidar el conjunto institucional y comunitario de atención a la mujer y niñez, y avanzar con la focalización y sostenibilidad del mecanismo ya que el porcentaje de financiamiento será diferenciado entre municipios dependiendo de su nivel inicial de cobertura y decrecerá en el tiempo (¶1.19).
- 1.16 **Cobertura y calidad son necesarias para la efectividad, y a la vez exigen la integración entre intervenciones.** Para ello se requieren mecanismos explícitos estableciendo equipos multidisciplinarios en todos los niveles para asegurar dicha integridad, sea en los arreglos de implementación (¶2.4 y ¶3.1) o en las intervenciones mismas, por ejemplo, para traer la perspectiva ambiental en la pre-inversión o el mantenimiento de las inversiones; o en los esfuerzos por asegurar el mejoramiento continuo de la calidad. Por ello, esta operación incluye como temas transversales la gestión ambiental y lucha antiepidémica y la inclusión de género, con intervenciones o perspectiva integrada a lo largo de los componentes²⁴, considera como componente explícito el de la gestión del MOSAFC.
- 1.17 **Alineación estratégica y estrategia de intervención.** La Estrategia de País con Nicaragua 2012-2017 (documento GN-2683) prioriza reducir la desnutrición crónica en menores de tres años y la mortalidad materna y neonatal en áreas rurales pobres. Se propone consolidar y ajustar intervenciones integrando la experiencia de las operaciones predecesoras para contribuir a esas metas al: (i) ampliar la cobertura de servicios de salud reproductiva y para los menores de cinco años tanto comunitarios como institucionales; (ii) mejorar el acceso mediante la redistribución del personal; (iii) la construcción, rehabilitación y equipamiento de establecimientos de atención primaria; y (iv) fortalecer las capacidades técnicas y de gestión de los servicios de salud. El programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (GN-2788-5) y se alinea con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad mediante los indicadores del Marco de Resultados Corporativo de reducción de la mortalidad materna e infantil, y aumentar el indicador de personas que se benefician de servicios de salud. El programa también se alinea con el área transversal de igualdad de género y diversidad, especialmente a través de la promoción de la salud para adolescentes en un marco de derechos e igualdad, esperando mejorar el acceso a información y educación en salud y servicios para las y los adolescentes y por ende disminuyendo la tasa de embarazos entre adolescentes. La selección de intervenciones integrales y costo efectivas así como el apoyo a los aspectos de salud comunitaria y red integrada basada en la APS del MOSAFC son plenamente consistentes con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3).

²⁴ Ej. una reserva en imprevistos permitiría responder oportunamente a situaciones emergentes sin trastocar la estructura del proyecto, la formación de capacidades en los SILAIS y municipios, la dotación de equipamiento para la disposición de desechos peligrosos, la implementación de planes de mantenimiento (racionalizando el uso del agua y energía) y el fortalecimiento de la gestión ambiental local.

B. Objetivos, Componentes y Costo

- 1.18 El objetivo de esta operación es reducir las disparidades en salud y acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en los SILAIS priorizados del Caribe Norte, Jinotega, Matagalpa y del Corredor Seco, específicamente ampliando y mejorando el acceso y la cobertura de servicios de promoción y atención a la salud de alta calidad bajo el MOSAFC. La población beneficiada es de 1,857 millones de personas, entre ellas 481 mil MEF y 378 mil menores de seis años.
- 1.19 **Componente 1. Ampliación de la atención en la comunidad y en el primer nivel (US\$12.705.062).** Este componente apoyará en 54 municipios priorizados, la extensión del conjunto de atenciones en la comunidad de dispensarización, el ECMAC y PROCOSAN (¶1.8) y de servicios materno-infantiles en la red institucional (¶1.9) monitoreando su calidad (¶1.22,3.6). Las intervenciones de vigilancia a embarazadas y promoción de la nutrición en primera infancia son claves para reducir el riesgo de desarrollo de ECNT en edades posteriores, y la dispensarización de las familias mejorará la oportunidad de atención a pacientes crónicos. Como descrito en ¶1.13, se financiará un costo fijo por persona atendida, pagado contra el registro de atenciones trazadoras a la población beneficiaria directa de MEF (incluidas las adolescentes) y de niños menores de seis años. El [Análisis Económico](#) presenta el detalle de las atenciones así como su costeo. El Enlace Opcional 5 incluye el Manual de Extensión de Cobertura (borrador) que establece el porcentaje del costo total cubierto con el financiamiento (entre el 15% y 30% decreciente en el tiempo y diferenciado por municipio) y será parte integral del Reglamento Operativo (RO), ¶3.1. El costo promedio de atención por persona y año se estima en US\$31.32 por MEF y 37.12 por niña/o.
- 1.20 **Componente 2. Desarrollo del talento humano para la extensión y calidad de la atención en salud (US\$8.620.250).** Para profundizar en la sectorización y dando seguimiento al Programa Corredor Seco, este componente financiará la continuación del POTH para mantener la oferta de retiro voluntario a trabajadores elegibles (¶1.7 y [Enlace Opcional 3](#)), estimándose poder atender a aproximadamente 350 trabajadores. Además, financiará la formación de 500 auxiliares de salud adicionales y la actualización de conocimientos de médicos y personal comunitario utilizando estrategias innovadoras de aula virtual. Ello mejorará la capacidad de resolución de la red, y la calidad de la atención, incidiendo en una dimensión (capacidad del personal) que no cubre el per cápita del primer componente. Se apoyará la capacitación en normas y protocolos de atención al personal asistencial de la red primaria destacando los temas de: (i) salud infantil y reproductiva; (ii) atención a ECNT a través de la dispensarización y seguimiento de pacientes crónicos por los ESAFC; (iii) salud pública, enfocándose en dengue, chikunguña y zika, privilegiando mensajes de promoción para embarazadas -prevención del contagio- y detección oportuna de complicaciones; y (iv) en gestión del MOSAFC al personal de dirección municipal. Este componente también incluye la capacitación a los protagonistas en los temas de promoción de la salud, gestión ambiental e higiene comunitaria. Estas intervenciones en sinergia con el primer y tercer componente, promueven el uso y mejoran la capacidad resolutoria permitiendo la extensión de servicios de calidad.

- 1.21 **Componente 3. Mejoramiento de la capacidad física de las redes departamentales de servicio²⁵ (US\$16.116.000).** Complementariamente con el fortalecimiento del recurso humano y dando continuidad al Programa RIS, se financiará en los mismos territorios del primer componente: (i) el remplazo de dos HP que actualmente funcionan en una infraestructura sub-estándar²⁶; (ii) la habilitación de aproximadamente 100 casas base como sede de sector, ante la necesidad urgente que surge de la reorganización de los sectores (¶1.6); (iii) el equipamiento completo para red de frío de hasta 50 unidades primarias para garantizar la calidad y eficacia de las vacunas aplicadas; (iv) el equipamiento para medios diagnósticos a 20 unidades primarias, crítico para aumentar la oportunidad de la atención, sobre todo en las zonas alejadas de las unidades de segundo nivel, y para la vigilancia y respuesta a brotes epidémicos; (v) medios de transporte liviano (motos y lanchas) en las 54 redes municipales para asegurar el acompañamiento por el personal ubicado en el centro municipal hacia los ESAFC y protagonistas; y (vi) el equipamiento para manejo y disposición de desechos peligrosos en cinco redes regionales. Con recursos de contrapartida, Nicaragua financiará el plan anual de mantenimiento de esas inversiones, así como de los proyectos entregados bajo el Programa RIS. Estas acciones reforzarán la infraestructura de la red de servicios y consolidarán la sectorización.
- 1.22 **Componente 4. Fortalecimiento de la gestión del MOSAFC (US\$3.052.566).** Con este componente se busca incidir sobre la capacidad de organización de los servicios y aseguramiento de la calidad en los SILAIS priorizados con énfasis en las direcciones municipales y su acompañamiento a los ESAFC y protagonistas, destacando: (i) el fortalecimiento de la gestión comunitaria, apoyando la sistematización de los encuentros comunitarios, extendiendo la suscripción de Acuerdos Sociales Comunitarios, y apoyando con materiales educativos y equipos de protección, acciones de higiene comunitaria; (ii) el desarrollo e implementación gradual del registro de la atención ambulatoria basado en la información de los censos comunitarios, permitiendo una captura digital y nominalizada de la información desde la captación de la población, para lo cual se financiará asistencia técnica, dispositivos móviles con mensajería pre-programada para los protagonistas y tabletas para los ESAFC. Se prevé al final de la operación cubrir 10 sectores de cada municipio; (iii) la implementación por las direcciones municipales de la estrategia de aseguramiento de la calidad en el primer nivel²⁷; (iv) la implementación en el primer nivel del sistema automatizado de gestión de insumos “el Galeno²⁸” que funciona actualmente en hospitales; (v) la implementación de planes de gestión ambiental por las direcciones municipales apoyando la capacitación de responsables de gestión ambiental (entre el personal actual), y la dotación de material para la señalización y la clasificación de desechos (entre otros) en las unidades de primer nivel; y (vi) la evaluación externa de desempeño del programa (EED) que incluirá una vertiente de capacitación, además de la certificación de las atenciones prestadas y valoración de la calidad de la atención, cerrando con esta evaluación el ciclo de gestión (¶3.6).

²⁵ El Enlace Opcional 5, incluye la descripción de los alcances de los proyectos.

²⁶ El MINSA priorizó el HP de Quilalí para 2017 y está valorando remplazar en 2018 los HP de Jalapa, Waslala, Wiwilí y Waspan, todos del área priorizada y justificados dadas sus condiciones actuales y demanda.

²⁷ Desarrollada con la ISM, ¶1.16.

²⁸ Sistema automatizado de gestión de existencias implementado por el MINSA a partir del 2015.

- 1.23 Otros costos por US\$4.506.122 completan el financiamiento (Cuadro II.1 y [PEP](#)) e incluyen: (i) una **reserva para la atención de alertas sanitarias** (bajo imprevistos hasta eventuales activaciones). Con esa reserva se busca contener el impacto de eventuales brotes epidémicos u otra alerta sanitaria sobre el esfuerzo de fortalecimiento del sistema de salud. Se podrá activar una sola vez en cada año calendario y hasta cinco veces en la vida del programa para financiar acciones de prevención o control al detectar señales de riesgo de emergencia, pudiendo utilizar hasta US\$200.000 en cada activación. Procedimientos constan en el Anexo III y los mecanismos de utilización serán detallados en el Manual de Respuesta a Alertas Sanitarias (anexo del RO, ¶3.1); (ii) costos de administración como el personal incremental detallado en el Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG, ¶2.4 ¶3.1); (iii) costos financieros; y (iv) otros imprevistos.

C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.24 La [Matriz de Resultados](#) (MR) plantea indicadores de impacto en la salud de los menores de cinco años, las/los adolescentes y hombres y mujeres en edad reproductiva. En los niños se enfocará en la reducción de la desnutrición y la disminución de las hospitalizaciones por complicaciones severas de la diarrea e infecciones respiratorias (neumonía). Estos impactos en los niños se lograrán (además de mejorar la salud de sus madres) a través del aumento en la cobertura de servicios de atención primaria: la aplicación del esquema de vacunas, la vigilancia del crecimiento y desarrollo. El impacto en la salud de las mujeres se logrará mediante la mejora en el acceso a servicios primarios de salud sexual y reproductiva; una mayor disponibilidad y calidad de la información y educación de los y las adolescentes sobre derechos sexuales y disponibilidad de servicios de salud adaptados para este grupo de edad. El impacto se verá reflejado en la reducción de la tasa de embarazos en adolescentes y en la reducción sostenida de la mortalidad materna atribuible a causas obstétricas directas por la reducción de las barreras de acceso y mejora de la calidad de atención del parto institucional (maternidad segura). El conjunto consta de atenciones de conocida efectividad para disminuir la mortalidad materna y neonatal y la morbilidad severa en la niñez, y en reducir el riesgo de ECNT en la adultez al propiciar un desarrollo metabólico adecuado en la niñez. El fortalecimiento de la gestión comunitaria e institucional permitirá reducir el riesgo y mitigar el impacto de eventuales alertas sanitarias, permitiendo sostener el esfuerzo de cobertura de servicios esenciales.
- 1.25 En el [Análisis Económico](#) se proyectó con datos y metodología de la Organización Mundial de la Salud las ganancias esperadas de la extensión de atenciones esenciales durante cuatro años a la población meta estimadas en 858.000 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por un costo estimado de US\$112 por AVAD ganado. En comparación de otros programas de extensión de cobertura o del PIB per cápita de Nicaragua ese costo parece ser una inversión asequible para el país.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 El programa está financiado por medio de un préstamo de inversión de US\$45 millones provenientes del Capital Ordinario (60%) y del Fondo de Operaciones Especiales (40%). El Gobierno de Nicaragua seguirá aportando con recursos del tesoro dentro del Presupuesto General de la República (PGR) un monto estimado en US\$57,7 millones que completa el costo de la atención en el área priorizada durante el período del programa, así como US\$483.480 para financiar el mantenimiento de las inversiones financiadas por esta operación y el Programa RIS. El costo total del programa es US\$103,2 millones. Los recursos del tesoro dentro del primer componente serán reportados como contrapartida (son necesarios para la entrega de los productos correspondientes), pero no serán incluidos en los estados financieros y no formarán parte del alcance de la auditoría financiera externa dado que tanto el costo total de atención como las atenciones producidas serán verificados, dejando en evidencia que la porción complementaria del costo habrá sido cubierta con recursos adicionales del MINSA (que son auditados dentro del PGR). **Como condición contractual especial previa al primer desembolso del Componente 1 el MINSA deberá haber acordado con el Banco el monto del financiamiento por persona atendida para el primer año;** y anualmente, como condición de ejecución, la actualización de dicho monto basado en la revisión de los costos reales.

Cuadro II.1. Cuadro Costos resumido

Componentes / Subcomponentes	BID	%	GONI	Total
1. Ampliación de la atención en la comunidad y el primer nivel	12.705.062	28	57.750.282	70.455.344
2. Desarrollo del talento humano para la extensión y calidad de la atención en salud	8.620.250	19		8.620.250
Retiro Voluntario	5.600.000			
Formación y Capacitación	3.020.250			
3. Mejoramiento de la capacidad física de la redes departamentales de servicio	16.116.000	36	483.480	16.599.480
Mejoramiento de Unidades Primarias	14.616.000			
Equipamiento para Disposición de Desechos	1.500.000			
Mantenimiento			483.480	
4. Fortalecimiento de la gestión del MOSAFC	3.052.566	7		3.052.566
Otros costos	4.506.122			4.506.122
Administración (incluye personal incremental)	1.477.000	3		
Imprevistos (incluye reserva para alertas sanitarias)	1.904.122	4		
Costos financieros	1.125.000	3		
	45.000.000	100	58.233.762	103.233.762

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.2 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) –Directiva B.03–, esta operación se clasifica como categoría “B”, considerando que los posibles impactos negativos y riesgos socio-ambientales son localizados y de corto plazo, y las medidas de mitigación son conocidas y de fácil implementación. Los riesgos socio-ambientales más relevantes están relacionados con la etapa de operación de los HP como son: mayor demanda de energía y agua potable, su calidad, y saneamiento; descargas de efluentes hospitalarios; generación de residuos sólidos peligrosos hospitalarios; y

seguridad y salud ocupacional para los empleados, pacientes y visitantes. Se ha presentado el Análisis Ambiental y Social, cuyos resultados se encuentran en el [Informe de Gestión Ambiental y Social \(IGAS\)](#). El RO incluirá entre sus anexos el IGAS. **El contrato de préstamo incluirá como condición contractual especial previa al primer desembolso que: (i) el MINSA haya dado cumplimiento efectivo al Sistema de Gestión Ambiental y al Marco de Gestión Ambiental, diseñados bajo el Programa RIS; y (ii) el MINSA haya cumplido con el plan de acción correctivo acordado en la supervisión ambiental (abril 2016) de dicho programa (Anexo 1 del IGAS)**, centrado en acelerar la implementación de las medidas de disposición de desechos hospitalarios previstas en el mismo. Como condición especial de ejecución el MINSA deberá presentar semestralmente evidencia que ha dado cumplimiento a las acciones indicadas en la Sección VI del IGAS en las fechas acordadas. La operación no contempla el reasentamiento de personas o desplazamiento económico para la construcción de las obras; en caso de presentarse esta situación se deberá implementar un Plan de Reasentamiento Involuntario y Compensación conforme a la Política de Reasentamiento Involuntario (OP-710).

C. Riesgos Fiduciarios

- 2.3 La revisión más reciente (Septiembre 2015) de adquisiciones bajo las operaciones en ejecución confirma que el MINSA gestiona los procesos en forma generalmente satisfactoria permitiendo que las compras de bienes y obras contratadas mediante licitaciones públicas nacionales o comparación de precios, y las contrataciones competitivas de consultores individuales, estén sujetas a revisión ex-post. El programa requiere procesos de adquisiciones de mediana complejidad: principalmente para las obras y equipamiento del Componente 3. No obstante, el personal dedicado a la ejecución de los planes de adquisiciones de una cartera creciente con financiamiento del Banco parece insuficiente en cuanto a número, experiencia en políticas de donantes, al tiempo que carece de un esquema organizativo que permita consolidar la experiencia de implementación entre operaciones. En relación a la capacidad financiera, se efectuó una revisión bajo el Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional a finales de 2011 cuyos resultados han sido revisados y actualizados mediante el Plan de Supervisión Fiduciario de 2015. Adicionalmente, se han realizado revisiones semestrales y de la auditoría externa de las operaciones en ejecución, considerando que el MINSA presenta un nivel de riesgo de gestión financiera bajo, por lo que la revisión de los desembolsos se efectuará en forma ex-post y los anticipos de fondos podrán hacerse de manera que solventen las necesidades reales de liquidez por períodos de hasta seis meses. También conviene mejorar la organización de la Unidad de Coordinación de Fondos Externos, involucrada en la gestión financiera de los programas, asegurando una adecuada asignación de personal y la aplicación sistemática de los mecanismos acordados en el RO y sus anexos, incluido el Plan de Salvaguardias de Gestión - PSG (¶3.1). El riesgo global fiduciario se considera medio.

D. Otros Riesgos del Proyecto

- 2.4 La cartera de programas en MINSA ha crecido en volumen y en complejidad y requiere la articulación de múltiples áreas. El esquema de implementación descansa en estructuras institucionales (sin unidad ad hoc), un elemento en pro

- de la sostenibilidad que tensiona la oportunidad de la implementación, máxime dado que, el gobierno busca contener la asignación de personal en los niveles centrales y de administración, haciendo cada vez más difícil para el MINSA sostener la calidad de ejecución lograda a la fecha. Para mitigar esta situación, se describe en ¶3.1 las medidas previstas en el PSG como es la asignación de personal incremental, de dedicación exclusiva, organizado según estipula el RO para constituir un equipo multidisciplinario entre las áreas institucionales.
- 2.5 El POTH es una pieza clave de la reforma institucional del MINSA, toda vez que permite, con la misma masa salarial, seguir produciendo más y mejores atenciones según el modelo comunitario, no obstante, conlleva riesgos inherentes a cualquier programa de retiro. Buscando su ejecución ordenada y transparente, se acordó en 2013 el [Manual de Implementación del POTH](#), como anexo del RO, que prevé, para evitar que más trabajadores postulen de lo que permite el financiamiento, proceder por invitación de cohortes de edad y antigüedad decrecientes. Dicho manual ha sustentado una ejecución exitosa entre 2013 y 2015, alcanzando más de 92% de aceptación entre los trabajadores invitados, aun siendo el retiro voluntario y la compensación (mediante el pago total e inmediato) idéntica en su monto a la prevista en el Convenio Colectivo. Como condición de ejecución, al presentar gastos relacionados con las compensaciones del POTH, el MINSA deberá adjuntar la evidencia de que los retiros se hayan llevado a cabo de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos en el RO.
- 2.6 En cuanto a sostenibilidad, el financiamiento de las compensaciones bajo el POTH es justificado pues constituye un gasto transitorio y necesario para alcanzar el objetivo del programa. Cuando no se cuente con recursos líquidos, el MINSA continuará honrando sus obligaciones con aspirantes al retiro acordando pagos a plazo como lo hacía antes del 2013. Pero al retirarse una cohorte numerosa y sostenerse el crecimiento del sector, el peso relativo del grupo de mayores de 50 años no volverá a los niveles previos al POTH²⁹. Se actualizó el análisis del impacto del POTH sobre el presupuesto de salud y del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), en cuanto podría constituir un riesgo fiscal. Suponiendo que se retiran 350 personas adicionales a las 2.000 del período 2013-2016, el plan habrá producido un ahorro en el presupuesto de salud por contratar a personal sin antigüedad acumulada. Este ahorro se estima en más de US\$3,6 millones en 2017, mientras el aumento en el gasto del INSS por el pago de las pensiones a aquellos retirados mayores de 60 años³⁰ en esa misma fecha sería de entre US\$4,6 y US\$6,8, produciendo un impacto neto de entre US\$1 y US\$3,2 millones ese año, lo cual representa entre 0,25% y 0,8% del gasto público en salud del 2015.
- 2.7 En cuanto al Componente 1, su financiamiento anual equivale al 0,7% del presupuesto institucional mientras las inversiones del Componente 3 para extender la red de unidades primarias y ampliar los sectores conllevará un aumento del gasto en personal, operación e insumos en APS, estimándose el impacto de este programa en el presupuesto en el orden del 1,4%, muy por debajo del aumento interanual de más del 5% aprobado en el Marco

²⁹ Íbid

³⁰ Íbid

Presupuestario de Mediano Plazo para el próximo trienio³¹. Las intervenciones favorecerán mayor eficiencia y contención del aumento del gasto, ya que coberturas más extensas de servicios comunitarios y básicos efectivos reducen las hospitalizaciones, principalmente las evitables³². Asimismo, la optimización de recursos humanos incrementará la productividad en las áreas prioritizadas (¶1.7).

- 2.8 El riesgo que el financiamiento con recursos nacionales para los municipios beneficiados se vea desplazado por financiamientos externos se evita gracias a que el financiamiento es parcial, lo que permitirá movilizar recursos fiscales hacia los municipios donde el MINSA recibirá los recursos adicionales. Se monitoreará que el financiamiento fiscal agregado no disminuya. Como condición contractual especial de ejecución, el MINSA deberá remitir antes del 31 de marzo de cada año la programación de recursos para el año en curso y el reporte de ejecución del PGR del año anterior en las actividades de promoción y prevención de enfermedades, y primer nivel de atención, desglosado a nivel municipal para los 54 municipios prioritizados y a nivel de SILAIS para el resto del país. Finalmente, el riesgo de rotación del personal en zonas alejadas, que afecta principalmente al personal médico, se mitigará captando y capacitando localmente al personal nuevo desde su período de formación, y con la estrategia de transferencia de responsabilidades³³.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 El período para desembolsos será de cinco años contados a partir de la vigencia del contrato³⁴. El MINSA es el organismo executor del programa. La Dirección de Cooperación Externa lleva la coordinación general de los programas, con el apoyo de las direcciones sustantivas, las divisiones generales Administrativa Financiera y de Adquisiciones y los SILAIS. El RO de las operaciones con financiamiento BID establece mecanismos para una ejecución oportuna: entre otros, el seguimiento cada quince días al Plan Operativo Anual (POA) por el comité operativo, y la asignación de un/a asesor/a técnico/a. Como anexo del RO, el PSG define el equipo técnico y fiduciario mínimo requerido (incluido el asesor técnico) que debe ser contratado como personal incremental con recursos de esta operación para asegurar su dedicación exclusiva (¶2.4). El RO debe contar también como anexo, entre otros, con: El Manual de Respuesta a Alertas Sanitarias (¶1.23), Manual de Implementación del POTH (actualizado, ¶2.5) incluyendo la actualización del Convenio Colectivo y Salarial vigente; Manual de Extensión de Cobertura (¶1.19) el IGAS y MGA (¶2.2). **Como condición contractual especial previa al primer desembolso el MINSA deberá presentar evidencia que ha aprobado y se encuentra en vigencia el RO previamente acordado con el Banco y todos sus anexos actualizados. Cualquier modificación del RO incluidos sus anexos deberá ser**

³¹ Crecimiento interanual 2016 – 2017 - 2018, en dólares corrientes: 4,85% y 5,36%. [Ministerio de Hacienda](#).

³² [Enlace Opcional 1](#).

³³ [Enlace Opcional 3](#).

³⁴ Se prevén cuatro años de ejecución del primer componente, con un año adicional que cubrirá el período hasta la elegibilidad y el cierre del proyecto.

previamente acordada con el Banco; y que cuenta con el personal incremental para conformar el equipo mínimo de apoyo técnico-operativo de dedicación exclusiva para la ejecución de los programas con financiamiento del Banco. El Enlace Opcional 5 presenta el Índice Anotado y contenidos relevantes del RO vigente. Como condición especial de ejecución el MINSA deberá presentar semestralmente evidencia que ha dado cumplimiento a las acciones del PSG vigente y acordar la actualización del mismo plan. Si en un semestre el Banco y el Prestatario determinasen que el PSG presenta incumplimientos sustanciales, esta operación estaría clasificada en alerta.

- 3.2 **Adquisiciones y gestión financiera.** El programa se implementará en base a un Plan de Adquisiciones y Contrataciones, gestionado a través de SEPA y se regirá por las Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID y las Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID (GN-2349-9 y GN-2350-9). Aplicarán los umbrales señalados en el Anexo III, que detalla los gastos operativos que se anticipan. El MINSA negociará el monto de los gastos operativos relacionados con los servicios de conectividad y telefonía para el registro de atenciones comunitarias con la o las compañías que ofrezcan cobertura en las áreas priorizadas.
- 3.3 El Anexo III señala asimismo que se anticipa la contratación directa: (i) por continuación de servicios de la firma auditora contratada en 2015 para la auditoría de los estados financieros de las operaciones con financiamiento del BID, de conformidad con el literal (a) del ¶3.1 del documento GN-2350-9; y (ii) de la Organización Panamericana de la Salud como agencia especializada para realizar la EED del programa, considerando el valor excepcional de su experiencia en la certificación de coberturas de servicios y asesoría epidemiológica (literal (d) del mismo párrafo).
- 3.4 El MINSA utilizará los sistemas nacionales SIGFAPRO para la ejecución financiera del programa y SISCAE como medio de difusión de los procesos de contratación. El MINSA recibirá adelantos por un monto suficiente para cubrir los desembolsos proyectados para el período de hasta seis meses siguiente al adelanto, según conste en el Plan Financiero vigente. Para el Componente 1, el MINSA presentará como detalle de gastos de las solicitudes de desembolso la planilla consolidada por municipio del número absoluto de personas atendidas en cada indicador trazador. Los gastos efectuados con los recursos de esas transferencias deberán ser registrados. La revisión ex-post de los desembolsos analizará la elegibilidad de los gastos efectuados con recursos del financiamiento según si: (i) corresponden a conceptos predefinidos como elegibles; y (ii) en el caso del Componente 1, reflejan municipios elegibles como municipio objeto del gasto. La auditoría financiera será anual y tendrá un alcance acordado en función de los resultados de la supervisión financiera.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.5 El MINSA preparará los POA sobre la estructura de los productos estipulados en la MR y PEP, también estructura para la gestión del programa, los reportes trimestrales de avance, así como de los informes semestrales ([Arreglos para Monitoreo y Evaluación](#), RO) formes semestrales describirán los logros y avances en la extensión de cobertura, la optimización de los recursos humanos

y mejoría de capacidades de atención, la inversión física y la mejoría de capacidades de gestión. También plantearán los retos para el siguiente semestre y la actualización de la planificación del semestre o año siguiente.

- 3.6 **Evaluación Externa del Desempeño. Como condición contractual especial previa al primer desembolso del Componente 1, MINSA deberá presentar evidencia que cuenta con la no objeción del Banco a la contratación del evaluador quien realizará la EED, con el objetivo de certificar el volumen y calidad de atenciones reportados bajo dicho componente.** Esa evaluación cotejará una muestra de los datos agregados de servicios reportados por el MINSA al BID, con la información desglosada de las prestaciones individuales en sus fuentes primarias, complementando esa información con encuestas y observación en las comunidades. Si se encuentran errores de consolidación se efectuarán los ajustes del caso en la justificación del anticipo. La evaluación del desempeño incluirá cada año la valoración de la calidad de los servicios financiados con el per cápita mediante observación, encuestas en la población u otros medios y en línea con la estrategia operativa de aseguramiento de la calidad. Finalmente, basado en el análisis de esa información, la entidad contratada deberá proponer planes de mejora consistentes con la misma estrategia de calidad (¶1.14 y ¶1.16). Los términos de referencia de la EED serán anexados al RO.
- 3.7 Con los recursos del préstamo se financiará una **evaluación independiente y reflexiva** que constará de una evaluación de medio término a los cinco semestres contados desde la elegibilidad, y otra final a los nueve semestres de esa misma fecha. El objetivo de la evaluación es documentar los resultados del programa según la MR y profundizar sobre los factores que influyen en su desempeño. Dado que la efectividad de las intervenciones seleccionadas ha sido comprobada, el énfasis está en documentar la calidad de la implementación, verificando a la vez la confiabilidad de los registros y estimando los resultados en el área en contraste con el nivel nacional. La evaluación usará las estadísticas oficiales de morbi-mortalidad en los municipios beneficiados y nacionales, los reportes e información adicional del MINSA, los datos recolectados de forma independiente en ocasión de la evaluación del desempeño e información cuantitativa y cualitativa adicional. Contando con el informe de evaluación de medio término, el BID y el MINSA acordarán acciones correctivas o ajustes a la MR que propicien el logro de las metas correspondientes durante el resto del programa. La evaluación final deberá documentar el logro de las metas de impacto pactadas, ponerlo en el contexto de lecciones aprendidas sobre los factores que influyeron en el desempeño y será compartida para el cierre del programa. Asimismo, incluirá el re-cálculo del impacto en términos de AVAD que se puede asociar con los avances de cobertura entonces documentados (evaluación ex-post de costo-efectividad).

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad		
Indicadores de contexto regional			
Indicadores de desarrollo de países	-Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)*		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2683	Reducir la desnutrición crónica en niños dentro de la ventana de los 1.000 días, en comunidades rurales pobres y urbano marginales.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2849	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2016.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad			
	Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	8.7		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	10.0	33.33%	10
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	8.8	33.33%	10
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	4.0		
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	2.4		
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	1.2		
4.4 Supuestos Razonables	1.2		
4.5 Análisis de Sensibilidad	0.0		
5. Evaluación y seguimiento	7.3	33.33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5		
5.2 Plan de Evaluación	4.8		
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación			
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Bajo		
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		
IV. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto, Contabilidad y emisión de informes. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Contratación de consultor individual.	
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Evaluación Ambiental.	
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género			
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			
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.			

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

El proyecto tiene como objetivo reducir las disparidades en salud y acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) priorizados del Caribe Norte, Jinotega, Matagalpa y del Corredor Seco. Específicamente, el proyecto busca alcanzar dichos objetivos a través de ampliar y mejorar el acceso y la cobertura de servicios de promoción y atención a la salud de alta calidad bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAF). Para esto, el programa realiza una serie de actividades enfocadas a ampliar la atención en salud en la comunidad, al desarrollo del talento humano, a mejorar la capacidad física de las redes departamentales de servicio y al fortalecimiento de la gestión del MOSAF. Mediante el programa se espera beneficiar a 1,85 millones de personas, entre ellas 481 mil mujeres en edad fértil y 378 mil menores de seis años de las regiones priorizadas.

El marco lógico del programa es consistente, cubriendo los insumos, productos, resultados e impacto. La matriz de resultados incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos del programa. Los indicadores en la matriz de resultados cumplen los criterios SMART e incluyen los valores de línea de base y metas. Como indicadores de impacto finales para capturar la mejora en el estado nutricional de los niños, se medirá el porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica y con anemia. Los impactos en morbilidad severa en la niñez se medirán mediante la tasa de hospitalización por enfermedad diarreica aguda y neumonía en menores de cinco años. La mortalidad materna y los embarazos no deseados se medirán con un indicador trienal de mortalidad materna y con la tasa de nacimientos en adolescentes.

Se realizó un análisis económico de costo-efectividad que calcula la efectividad del programa en función de los años de vida ajustados por discapacidad. El monitoreo y seguimiento de los resultados del programa será ejecutado por el Ministerio en coordinación con el Banco y se realizarán evaluaciones externas de desempeño semestrales. Las actividades de monitoreo y evaluación están presupuestadas y planificadas. Las fuentes de datos para el monitoreo incluyen sistemas administrativos del Ministerio, así como informes semestrales de avance. Adicionalmente se planea realizar una evaluación externa reflexiva sin atribución de medio término y otra final.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del Proyecto:	Reducir las disparidades en salud y acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil en Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) priorizados del Caribe Norte, Jinotega, Matagalpa y del Corredor Seco, específicamente ampliando y mejorando el acceso y la cobertura de servicios de promoción y atención a la salud de alta calidad bajo el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFIC).
-------------------------------	---

IMPACTO ESPERADO⁽¹⁾

Indicador	Unidad de medida	Línea de base		Metas		Medio de verificación	Observaciones ²
		Valor	Año	Valor	Año		
IMPACTO ESPERADO: Estado nutricional de los niños mejorado.							Metas relativas a los SILAIS priorizados, salvo indicación contraria
Menores de cinco años con desnutrición crónica.	Porcentaje	20,3	2011-2012	17,2	2020	SIVIN ENDESA ³	La Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) refiere el o los años de recolección de los datos, de ahí la referencia a 2011-12 en la Línea de base (LB)
Menores de cinco años con anemia.	Porcentaje	38,8	2013	23,8	2020	Evaluaciones Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) SIVIN Evaluación final	LB proviene de ISM
Morbilidad severa en la niñez reducida							
Hospitalización por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años.	Tasa de por 1.000 menores de cinco años.	8,34	2014	7	2020	Oficina Nacional de Estadísticas (ONE)-MINSA	
Hospitalización por neumonía en menores de cinco años	Tasa de por 1.000 menores de cinco años.	19,24	2014	12,7	2020	ONE-MINSA	
Mortalidad materna reducida							
Mortalidad materna trienal	Muertes por 100.000 nacidos vivos	43	2014 (2012-2014)	39	2020 (2018-2020)	MINSA	Indicador "trienal": se indica año final (rango trienal del promedio)
Embarazos no deseados reducidos							
Nacimientos en adolescentes	Tasa (%)	24,3	2011-2012	19,6	2020	ENDESA	

¹ El Enlace Opcional 1 (Teoría de Cambio), recoge la evidencia que sustenta el planteamiento de las metas, y su orden de magnitud.

² El Plan de Monitoreo y Evaluación detalla las definiciones y fórmulas de los indicadores.

³ INIDE, Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12 Informe Final.

RESULTADOS ESPERADOS (1)

Indicador	Unidad de medida	Línea de base		Intermedio		Meta final		Medio de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año	Valor	Año		
RESULTADO ESPERADO Acceso a la salud sexual y reproductiva y maternidad segura mejorado									
Nacimientos en establecimiento que ofrece cuidados obstétricos de emergencia.	Porcentaje (%)	71	2015	73,5	2018	76	2020	ONE-MINSA ENDESA	El dato de LB es “parto institucional”, incluye establecimientos que NO cuentan con CONE
Mujeres edad fértil con necesidad insatisfecha de planificación familiar.	%	14	2011-2012			11	2020	Evaluación final. ENDESA	LB proviene de ENDESA
Acceso a información y educación en salud y servicios para los adolescentes.									
MEF adolescentes en unión con necesidad satisfecha de anticoncepción.	%	89	2011-2012			92	2020	Evaluación final. ENDESA	
Cobertura de atención primaria a la niñez aumentada.									
Niños de 19 a 29 meses de edad que cuentan con su esquema de vacunación completo de acuerdo a su edad.	%	87	2011-2012			87	2020	ENDESA Evaluación final	Se alinea el rango de edad con el que se mide en las ENDESA.
Niños menores de 24 meses atendidos con vigilancia nutricional comunitaria	%	11	2015	16,7	2018	22	2020	Evaluación Externa de Desempeño	La LB se refiere a la región de Corredor Seco
Niños de 6 a 24 meses quienes recibieron micronutrientes diarios por dos meses en el año biológico	%	13,8	2011			18,9	2020	Evaluación Externa de Desempeño	LB estimada a partir de dato de suplementación con Vitamina A en el área rural (ENDESA)
Asignación de personal de atención primaria para el área rural y red comunitaria ampliada									
Brecha de personal asignado a los ESAFC en los SILAIS priorizados.	%	20,31	2015			11,70	2020	MINSA (DGRRHH / DGSS / DGPD)	

PRODUCTOS

Productos ⁴	Unidad de medida	Año 1 2017	Año 2 2018	Año 3 2019	Año 4 2020	Año 5 2021	Meta final ⁵	Medio de verificación ⁽⁶⁾
Componente I: Ampliación de la atención en la comunidad y en el Primer Nivel en municipios priorizados								
1.1 Familias con Historia de Salud actualizada en el período reportado.*	Familias	21.346	60.355	66.390	73.029		73.029	Informes mensuales direcciones municipales validados por SILAIS, Dirección General de Servicios de Salud, y Oficina de Planificación
1.2 Adolescentes que reciben reposición de un método bajo la estrategia de la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).*	Adolescentes	4.047	5.881	6.266	6.401		6.401	
1.3 Hombres y Mujeres en edad fértil mayores de veinte años que reciben reposición de su método bajo ECMAC.*	Hombres y mujeres	33.504	90.992	93.950	10.485		10.485	
1.4 Embarazadas y puérperas de los municipios priorizados atendidas con vigilancia y consejería nutricional según la norma del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN).*	Embarazadas y puérperas	5.983	9.317	15.322	20.368		20.368	
1.5 Embarazadas que recibieron su primer control prenatal precoz.*	Embarazadas	25.926	30.281	39.837	47.525		47.525	
1.6 Nacidos vivos en Unidades de Salud que ofrecen Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.*	Nacidos vivos	23.312	27.566	32.384	38.116		38.116	
1.7 Mujeres egresadas de casa materna con visita de recién nacido.*	Mujeres	15.794	23.087	32.027	35.095		35.095	
1.8 Mujeres con atención de puerperio mediato.*		24.074	29.383	41.414	46.793		46.793	
1.9 Menores de dos años atendidos con vigilancia y consejería nutricional mensual según PROCOSAN.*	Niñas/os	11.283	17.101	19.307	21.408		21.408	
1.10. Menores de 1 año que recibieron tercera dosis de pentavalente.*		27.381	35.982	35.855	35.420		35.420	
1. 11 Menores de cinco años atendidos y/o referidos por enfermedad, según PROCOSAN.*		256.255	346.901	347.506	348.038		348.038	

⁴ Los productos 1.2, 1.3, 1.6, 1.10 y 1.12 contribuyen a la meta de personas beneficiadas con servicios de salud del Marco de Resultados Corporativos.

⁵ Las metas anuales de los productos señalados con * reflejan la progresión en niveles de producción y no deben sumarse.

⁶ Actas de entrega (obra, bienes) o informe final (capacitación y asistencia técnica), salvo indicación contraria.

Productos ⁴	Unidad de medida	Año 1 2017	Año 2 2018	Año 3 2019	Año 4 2020	Año 5 2021	Meta final ⁵	Medio de verificación ⁽⁶⁾
1.12 Menores de 1 a 4 años atendidos con segunda visita de VPCD en el año.		85.418	122.861	137.554	145.016		145.016	
Componente II: Desarrollo del talento humano para la extensión y calidad de la atención en salud								
2.1 Trabajadores elegibles acogidos al Plan de Retiro.	Trabajadores	350					350	Informe de Liquidaciones (ver POD ¶2.7).
2.2 Personal técnico para los ESAFC formado.	Personal técnico			250	250		500	
2.3 Personal de salud capacitado en normas y manuales para la provisión de los servicios.	Personal de salud	225	200	200	200		825	
2.4 Protagonistas capacitados en estrategias de salud comunitarias.	Protagonistas	800	1.200	1.800	1.084		4.884	
2.5 Personal directivo de los territorios certificado en gestión de servicios.	Personal directivo	84	27	27	27		165	
2.6 Personal capacitado/certificado en gestión ambiental.	Personal de salud	80	40	10			130	
Componente III: Mejoramiento de la capacidad física de la redes departamentales de servicio								
3.1 Centros de Salud rehabilitados	CS		4				4	
3.2 Puestos construidos y rehabilitados	PS		4	4			8	
3.3 Casas bases habilitadas.	Casas base	30	50	20			100	
3.4 Casas Maternas ampliadas, rehabilitadas o remplazadas.	Casas maternas		3	2			5	
3.5 Unidades primarias con equipamiento de red de frío completado.	Unidades primarias	20	20				40	
3.6 Unidades Primarias con dotación de equipamiento para medio diagnóstico mejorada.		15					15	
3.7. Redes municipales dotadas de medios de transporte para la implementación del MOSAFC.	Redes municipales	23	31				54	
3.8 Hospital primario #1 en operación.	Hospital			1			1	
3.8.1 Hospital #1 Construido			1				1	
3.8.2 Hospital#1 Equipado				1				1
3.9 Hospital primario #2 en operación.						1		1
3.8.1 Hospital #2 Construido					1			1
3.8.2 Hospital#2 Equipado						1		1
3.10 Redes regionales dotadas del equipamiento para manejo y disposición de desechos hospitalarios.	Redes regionales		5				5	
3.11 Plan Anual de Mantenimiento de la Infraestructura del Primer Nivel Implementado.	Planes		1	1	1	1	4	

Productos ⁴	Unidad de medida	Año 1 2017	Año 2 2018	Año 3 2019	Año 4 2020	Año 5 2021	Meta final ⁵	Medio de verificación ⁽⁶⁾
Componente IV: Fortalecimiento del componente de gestión del MOSAFC								
4.1 Sectores que implementan plan de fortalecimiento de la gestión comunitaria*	Sectores	23	54	54	54	54	54	
4.1.1 Encuentros comunitarios realizados	Encuentros	300	528	528	528	150	2.034	
4.1.2 Visitas de acompañamiento técnico a la gestión comunitaria (Municipio hacia sectores y comunidades)	Visitas	1.200	2.000	3.000	4.000	1.000	11.200	
4.1.3 Sectores que implementan plan de higiene comunitaria y saneamiento ambiental	Sectores	100	360	475	700	1.000	2.635	
4.2 Sectores que reportan su producción en registros digitales*	Sectores	8	120	230	380	540	540	
4.2.1 Normas relacionadas con registro estadístico en el Sector ajustadas para fortalecer la articulación de la captación y atención.	Normas	4					4	
4.2.2 Aplicativos de apoyo a la atención comunitaria y primaria desarrollados, validados y puestos en marcha.	Aplicativos	1	5				6	
4.2.3 Usuarios de las normas de registro (atención) y aplicativos capacitados	Usuarios	24	80	120	160	192	576	
4.3 Direcciones Municipales de Salud que implementan la estrategia de aseguramiento de calidad*	Direcciones municipales	15	30	40	54	54	54	
4.3.1 Personal de salud capacitado en la implementación de la Estrategia de Aseguramiento de la Calidad	Personal de salud	60	150	94	192	80	576	
4.3.2 Planes de mejora implementados	Planes	15	30	40	54	54	54	
4.4 Municipios certificados en el uso del sistema "el Galeno" para la gestión de insumos*	Municipios	15	30	40	54	54	54	Reportes de existencia generados por el sistema
4.5 Municipios que implementan plan de Seguimiento a la Gestión ambiental*	Planes	15	30	40	54	54	54	Reporte al SILAIS
4.6 Informes Evaluación de desempeño	Informes	2	2	2	2	2	10	Informes de la entidad externa
4.6 Informes Evaluación Reflexiva	Informes	1		1		1	3	

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS: Nicaragua

PROYECTO Nº: NI-L1095

NOMBRE: Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales

ORGANISMO EJECUTOR: Ministerio de Salud (MINSa)

EQUIPO FIDUCIARIO: Santiago Castillo; Especialista Senior en Adquisiciones (FMP/CNI); y Juan Carlos Lazo; Especialista Senior en Gestión Financiera (FMP/CNI)

I. Resumen ejecutivo

1. La evaluación de la gestión de adquisiciones se realizó sobre la base de la supervisión de las operaciones ejecutadas por el MINSa (Organismo Ejecutor, OE) y financiadas por el Banco (1897/BL-NI -cerrado en 2014), 2527/BL-NI, 2789/BL-NI, 2986/BL-NI y 3306/BL-NI).
2. Con la evaluación del Sistema Nacional de Contrataciones Públicas bajo la Metodología de la OECD/DAC, Nicaragua ha definido un Plan Estratégico para modernizar su sistema de contrataciones. El Banco trabaja en coordinación con la Dirección General de Contrataciones del Estado del Ministerio de Hacienda hacia este objetivo. La gestión fiduciaria del OE se ha venido fortaleciendo adoptando recomendaciones emitidas en el marco de las operaciones citadas.
3. En gestión financiera, el OE cuenta con experiencia acumulada y ha demostrado un manejo aceptable en dichas operaciones. Se incidirá en capacitaciones puntuales para mejorar temas de control y seguir aplicando la modalidad de revisión de desembolsos ex-post. La gestión financiera se ha visto afectada recientemente por el volumen de las operaciones (ver III). El Banco está realizando un mapeo de los flujos de procesos de gestión financiera para detectar posibles mejoras durante la ejecución que estarían reflejadas como acciones del Plan de Salvaguardias de Gestión (PSG, Propuesta de Préstamo ¶2.4 y 3.1).
4. El programa no incluye financiamiento de otros multilaterales.

II. Contexto fiduciario del OE

1. La división de adquisiciones del MINSa gestiona todas las adquisiciones requeridas por la entidad, a excepción de procesos de compras por cotización financiados con recursos nacionales, los que son gestionados en forma descentralizada por los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y hospitales ubicados en el territorio nacional. El OE debe cuidar el equilibrio entre capacidad de gestión y carga de trabajo. El personal que será responsable de las adquisiciones del programa cuenta con perfiles y competencias técnicas acordes al nivel de complejidad del programa, no obstante requiere de supervisión cercana por el Banco.

III. Evaluación del riesgo fiduciario y acciones de mitigación

1. El riesgo asociado a la función de adquisiciones ha incrementado en el OE, debido a: (i) el crecimiento de la cartera; (ii) que toda la gestión de las adquisiciones de las operaciones la lleva personal inmerso en la estructura de la División de Adquisiciones del OE, que lleva también procesos del plan institucional; y (iii) personal con niveles diversos de experiencia en aplicar Políticas y Procedimientos de adquisiciones de fuentes externas. El tiempo invertido en los procesos es notorio; generando atrasos en la ejecución y desactualización del Plan de Adquisiciones (PA). El OE debe asegurarse que todos los procedimientos se gestionen con calidad. De conformidad con el PSG se deberá: (a) promover el uso de guías de procesos preparadas por o con apoyo del Banco, realizar sondeos de mercado y mantener el PA actualizado; (b) con recursos del programa, fortalecer el área de adquisiciones con la contratación de dos especialistas adicionales al equipo de cinco analistas y especialistas actuales, con experiencia en la aplicación de políticas de entidades multilaterales; (c) un experto

en adquisiciones, de dedicación parcial, que apoye al personal clave del MINSA en sistematizar la experiencia de procesos realizados; (d) en lo organizativo MINSA deberá designar entre los especialistas mencionados en (ii) a un/a que funja como punto focal para la ejecución y actualización de todos los PA con financiamiento del Banco; y finalmente (e) asignar la coordinación de procesos bajo dichos PAs exclusivamente a especialistas y analistas contratados con recursos de las operaciones.

2. El riesgo de gestión financiera también ha incrementado por la cantidad de las operaciones que la Unidad de Coordinación de Fondos Externos (UCFE) de la División General Administrativa-financiera (DGAF) están gestionando. Recientemente la oportunidad en la rendición de cuentas ha bajado, se recomienda por tanto contratar a un(a) especialista contable-financiera(o) adicional a los cuatro actuales, con experiencia en manejo del Sistema Integrado de Gestión Financiera y Auditorías-Proyectos (SIGFA-PRO).
3. **El riesgo global fiduciario para el proyecto se considera medio.**

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

A fin de agilizar la negociación del contrato por parte del equipo de proyecto y principalmente de LE G, se incluyen a continuación Acuerdos y Requisitos que deberán ser considerados en las estipulaciones especiales:

- a. utilizar el tipo de cambio vigente en el país del prestatario en la fecha en que los recursos fueron convertidos de divisa a córdoba por el OE; y
- b. bajo el PSG vigente, como condición previa a primer desembolso: (i) que el MINSA presente evidencia de que cuenta con el personal incremental para conformar un equipo mínimo de apoyo técnico-operativo y dedicación exclusiva para la ejecución de los programas con financiamiento del Banco, en adquisiciones: no menos de seis (6) analistas y especialistas de dedicación completa, y en gestión financiera no menos de cinco (5) analistas y especialistas de dedicación completa. (ii) previo al primer desembolso del Componente 1, (a) que cuenta con la no objeción del Banco a la contratación del evaluador quien realizará la evaluación de desempeño independiente; y (b) haber acordado con el Banco el monto del financiamiento por persona atendida para el primer año del programa;
- c. durante la ejecución se deberá verificar semestralmente el cumplimiento con las acciones del PSG y Reglamento Operativo (RO).

V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones

Los presentes acuerdos establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de las adquisiciones previstas del programa.

1. Ejecución de Adquisiciones

- a. **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 Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección, es responsabilidad del jefe de equipo.
 - **Adquisiciones de Sistemas de Tecnología de Información:** N/A.
 - **Adquisiciones “llave en mano” (Suministro e Instalación):** N/A.
 - **Adquisiciones con Participación Comunitaria:** N/A.
- b. **Selección y Contratación de Consultores:** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el programa se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas

(SEPs) emitida o acordada con el Banco. La revisión de términos de referencia para la contratación de servicios de consultoría es responsabilidad del jefe de equipo.

- **La selección de los consultores individuales:** Habrá casos en que la contratación de consultores individuales se podrá solicitar mediante anuncios locales o internacionales a fin de conformar una lista corta de individuos calificados.
 - **Capacitación:** N/A.
- c. **Uso de Sistema Nacional de Adquisiciones:** El (sub)sistema nacional de adquisiciones aprobado por el Banco, SISCAE será utilizado para la publicación de anuncios de expresión de interés y/o llamados a licitación. Cualquier sistema o subsistema que sea aprobado con posterioridad será aplicable al programa.
- **Medidas de fortalecimiento:** Se realizarán actividades de capacitación a funcionarios del MINSA.
- d. **Gastos Recurrentes:** Se consideran gastos recurrentes, operativos y de mantenimiento los requeridos para poner en funcionamiento el programa durante su vida útil. Éstos serían financiados por el programa dentro del presupuesto anual aprobado por el Banco, y serían realizados siguiendo los procedimientos administrativos del OE, los cuales han sido revisados y aceptados por el Banco de manera previa, siempre que no vulneren los principios fundamentales de competencia, eficiencia, y economía. Los costos de operación no incluyen salarios de funcionarios en ejercicio público. Entre los gastos recurrentes u operativos se anticipan los siguientes:
- gastos de matrícula, pasantía/becas y logística de capacitaciones, viáticos y reproducciones de material técnico, para los eventos de formación y capacitación previstos en ambos componentes del programa, por un monto total estimado de US\$3.020.250;
 - el pago de servicio de red de datos y de uso de telefonía celular-mensajería de texto, para la dotación de la red comunitaria y personal de salud de primer nivel, por un monto total estimado de US\$600.000; y
 - viáticos, combustible, mantenimiento de vehículos y reproducción de materiales para las actividades de supervisión previstas en los cuatro componentes, por un monto total estimado de US\$1.125.000;
- e. **Prácticas Comerciales:** N/A.
- f. **Adquisiciones Anticipadas/Financiamiento Retroactivo:** N/A.
- g. **Preferencia Nacional:** N/A.
- h. **Otros:**
- Antes de iniciar la construcción de las obras el OE debe contar con las adquisiciones de terrenos, derechos y servidumbres necesarias para la ejecución del programa.
 - En la ejecución de actividades de atención de alertas de salud pública, se aplicará las políticas para emergencias (uso de CP y CD) y en cada activación de la reserva, se presentará una liquidación del monto transferido, certificado por un Contador Público Autorizado (CPA). (Anexo al RO)
 - Se contratará directamente a la agencia especializada Organización Panamericana de la Salud (OPS) para realizar la evaluación externa del desempeño (Propuesta de Préstamo, ¶1.14).
 - El personal técnico-operativo requerido para conformar un equipo mínimo de apoyo en las áreas indicadas en el PSG será contratado como personal incremental bajo los procedimientos que normalmente utiliza la oficina de Recursos Humanos del MINSA y que deberán ser acordados previamente con el Banco y plasmados en un manual anexo al RO.

- Se deberá asignar un coordinador entre los especialistas de adquisiciones.

2. Montos Límites para Licitación Internacional y Lista Corta Conformación Internacional (miles US\$)

Método	LPI Obras	LPI Bienes y Servicios diferentes a la consultoría	Lista Corta Internacional en servicios de consultoría
Monto Límite	>1.500	>150	>200

3. Adquisiciones Principales

Actividad	Método de Selección	Fecha Estimada de convocatoria/invitación	Monto Estimado US\$
Bienes			
Equipamiento manejo desechos hospitalarios.	LPI	I trimestre 2019	1.500.000
Medios de transporte (motos, lanchas).	LPI	III trimestres 2018	1.080.000
Equipamiento Hospitales Primarios.	LPI	II Trimestre 2018	1.600.000
Obras			
Reemplazo del Hospital Primario de Jalapa y Waspan (tentativos).	LPI	II trimestre 2017	7.900.000
Reemplazo o Construcción de Puestos de Salud.	LPN	II trimestres 2017	656.000
Servicios de no consultoría			
Telefonía móvil para agentes comunitarios.	CD	III trimestre 2017	600.000
Firmas			
Agencia especializada, Evaluación de Desempeño.	CD	I trimestre 2017	291.400
Firma de Auditores Independientes (FAI). Auditoría financiera.	CD	I trimestre 2017	250.000
Individuos			
Desarrolladores de aplicativos Registro de atenciones de salud	CI	II trimestre 2017	115.200

* Para acceder al PA 18 meses, haga clic [aquí](#).

4. Supervisión de Adquisiciones

El método de supervisión será determinado para cada proceso: por defecto ex ante, salvo que el PA establezca revisión expost. El Plan de Supervisión incluirá revisiones expost semestrales con al menos una visita de inspección física y la inspección física de no menos del 10% de los contratos revisados, escogidos entre los procesos sujetos a revisión expost.

Límite para Revisión Ex-Post		
Obras	Bienes	Servicios de Consultoría
US\$150.000	US\$25.000	US\$200.000

Nota: Montos límites para revisión ex-post se aplican en función de la capacidad fiduciaria de ejecución del OE, pueden ser modificados por el Banco en la medida que tal capacidad varíe.

5. Disposiciones especiales

- Medidas para reducir probabilidades de corrupción:** Se atenderán las disposiciones contenidas en las GN-2349-9 y GN-2350-9 sobre prácticas prohibidas e inelegibilidad de empresas y personas físicas.
- Otros Procedimientos especiales:** N/A.

6. Registros y Archivos

Cada una de las unidades de adquisiciones debe nombrar a un responsable para esta actividad, contar con un área específica para el resguardo de documentos y asegurar que se registre evidencia documental sobre pagos efectuados a proveedores y contratistas en los expedientes. El archivo físico debe mantenerse por un periodo de tres años. Para la preparación y archivo de los reportes del programa se deben utilizar los formatos o procedimientos acordados y descritos en el RO.

VI. Acuerdos y Requisitos para la Gestión Financiera

1. **Programación y presupuesto.** El sector público utiliza como sistema de país lo normado por la ley Administración financiera y régimen presupuestario y lo establecido en el Sistema Nacional de Inversión Pública. Siguiendo el ciclo de aprobación del Presupuesto General de la República el MINSA gestionará la asignación para contar con los créditos presupuestarios suficientes según los compromisos de la ejecución de cada año, debiendo utilizar SIGFAPRO como sistema financiero/contable aceptable al Banco; de surgir cambios producto de la modernización del sistema de administración, se migraría de inmediato al sistema nuevo.
2. **Desembolsos y flujo de caja.** Los desembolsos se harán del BID al OE a través de la cuenta única del tesoro con una subcuenta de control financiero. Los desembolsos se efectuarán de acuerdo a las necesidades reales de liquidez del programa (planificación financiera). Se presentará al Banco la solicitud de desembolso conjuntamente con un programa de gastos por actividades del Plan Operativo Anual (POA) para un plazo máximo de seis meses. Los desembolsos se justificarán en al menos un 80% acordado para optar a un nuevo anticipo de fondos, el cual debe estar alineado con el Plan de Ejecución del Programa (PEP), POA y el PA. Los flujos de caja podrán contemplar el pago de intereses durante el período de ejecución con fondos provenientes del financiamiento conforme el monto establecido en el Anexo Único del programa.
3. **Contabilidad e informes financieros.** Los estados financieros del programa deberán ser emitidos de acuerdo a Normas Internacionales de contabilidad y conforme la Guía de Gestión Financiera (OP-273-6). Éstos deberán ser auditados anualmente por una firma independiente elegible al Banco. Para el registro contable financiero se utilizará el sistema SIGFA/SIGFA-PRO. **Control interno y auditoría interna.** El ambiente y/o las actividades de control, la comunicación e información y el monitoreo de las actividades del MINSA se rigen por las Normas Técnicas de Control Interno del país. El OE cuenta con un sistema de control interno aceptable, con manuales y procedimientos definidos; cuenta con auditoría interna, se espera que dicha auditoría, en la medida de sus posibilidades incluya en su planificación anual la revisión de la ejecución de los componentes del programa. El Banco mantendrá sesiones anuales de capacitación/actualización al personal a cargo de temas financieros para asegurar el cumplimiento de las normas y políticas mencionadas.
4. **Control externo e informes.** El OE deberá contratar los servicios de una Firma Auditora Independiente elegible al Banco siguiendo los procedimientos establecidos por el mismo. En su momento, se podrá extender el alcance de la FAI que actualmente audita las operaciones en ejecución. Los informes de la auditoría externa del programa y la revisión ex-post de los procesos adquisiciones y solicitudes de desembolso deberán presentarse 120 días después de cada ejercicio económico durante la etapa de desembolso y 120 días calendario después del plazo original de desembolso o sus extensiones tomando en consideración las Normas Internacionales de Auditoría. Los EFAs anuales se prepararán de conformidad con la Guía de Informes Financieros y auditoría externa de programas financiados por el Banco.
5. **Plan de Supervisión Financiera**
 - a. Para el monitoreo financiero, el OE utilizará informes financieros auditados y no auditados. El Banco por su parte impulsará las siguientes acciones: (i) previo al primer desembolso del préstamo se efectuará un taller de arranque de capacitación al personal a cargo de la ejecución del programa, conforme los instrumentos normativos de la gestión fiduciaria; (ii) realizar visitas contables financieras para comprobar el avance de la ejecución de y cumplimiento a las medidas de control interno, haciendo énfasis en el relevamiento de los procesos de ejecución financiera,

calidad y oportunidad de los registros contables e idoneidad de la documentación soporte; y (iii) la revisión de solicitudes de desembolsos será expost cuya verificación estará a cargo del auditor y personal del Banco.

b.Mecanismo de ejecución. El OE manejará anticipo de fondos a través de la UCFE y con la aprobación de la DGAF. Los procesos de pagos y compromisos con cargo al programa se generarán desde dicha unidad.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/16

Nicaragua. Préstamo ____/BL-NI a la República de Nicaragua
Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Nicaragua, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de salud comunitaria para municipios rurales. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$27.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el __ de _____ de 2016)

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/16

Nicaragua. Préstamo ____/BL-NI a la República de Nicaragua
Programa de Salud Comunitaria para Municipios Rurales

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Nicaragua, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de salud comunitaria para municipios rurales. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$18.000.000, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco, corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ___ de _____ de 2016)