

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

COMMONWEALTH DE LAS BAHAMAS

PROGRAMA DE APOYO AL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS BAHAMAS

(BH-L1053)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por Ricardo Pérez-Cuevas, jefe de equipo (SPH/CJA); Luis Tejerina, Ian Mac Arthur y Martha Guerra (SCL/SPH); Ana Paz; Natalie Bethel (CCB/CBH); Nalda Morales (FMP/CBH); Sofia Greco (LEG/SGO); Heidi Fishpaw, Daniela Zuloaga (VPS/ESG); Maria Alejandra Escovar (CSD/RND); Carlos Alberto Henriquez (INE/INE) y Suzanne Duryea (SCL/GDI).

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

I.	DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS	1
	A. Antecedentes, problema abordado y justificación	1
	B. Objetivo, componentes y costo	11
	C. Indicadores de resultados clave	14
II.	ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	15
	A. Instrumentos financieros.....	15
	B. Riesgos ambientales y sociales.....	16
	C. Riesgo fiduciario.....	16
	D. Otros riesgos y temas clave.....	17
III.	PLAN DE EJECUCIÓN Y GESTIÓN.....	19
	A. Resumen del plan de implementación	19
	B. Resumen del plan de seguimiento de los resultados	21

APÉNDICES

Proyecto de resolución

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

ENLACES
REQUERIDOS
1. Plan de ejecución plurianual (PEP)
2. Mecanismos de seguimiento y evaluación
3. Informe de gestión ambiental y social
4. Plan de adquisiciones
OPCIONALES
1. Análisis de costo y viabilidad económica del proyecto
2. Planteamiento sobre el riesgo de desastres y el riesgo climático
3. Insumos de infraestructura
4. Manual operativo del programa
5. Filtro de política de salvaguardias y formulario de análisis de salvaguardias
6. Evaluación ambiental y social

SIGLAS Y ABREVIATURAS

DPH	<i>Department of Public Health</i> [Departamento de Salud Pública]
IS4H	Sistemas de Información para la Salud
NHIA	<i>National Health Insurance Authority</i> [Autoridad Nacional del Seguro de Salud]
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PHA	<i>Public Hospitals Authority</i> [Autoridad de Hospitales Públicos]
PIB	producto interno bruto

RESUMEN DEL PROYECTO

COMMONWEALTH DE LAS BAHAMAS PROGRAMA DE APOYO AL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS BAHAMAS (BH-L1053)

Términos y condiciones financieros				
Prestatario			Facilidad de Financiamiento Flexible^(a)	
Commonwealth de las Bahamas			Plazo de amortización:	25 años
Organismo ejecutor			Período de desembolso:	5 años
Ministerio de Salud			Período de gracia:	5,5 años ^(b)
Fuente	Monto (US\$)	%	Tasa de interés:	Basada en la LIBOR
BID (Capital Ordinario):	40.000.000	100	Comisión de crédito:	(c)
Total:	40.000.000	100	Comisión de inspección y vigilancia:	(c)
			Vida promedio ponderada:	15,25 años
			Moneda de aprobación:	Dólares estadounidenses
Esquema del proyecto				
<p>Objetivo y descripción del proyecto: Apoyar el fortalecimiento del sistema de salud de las Bahamas para atender las necesidades de salud de la población. Los objetivos específicos son (i) integrar los servicios de atención primaria y secundaria que prestan el Departamento de Salud Pública (DPH), la Autoridad de Hospitales Públicos (PHA) y la Autoridad Nacional del Seguro de Salud (NHIA); (ii) mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios a través de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades y (iii) aumentar la eficiencia de los servicios de salud.</p>				
<p>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso de los recursos del préstamo: El organismo ejecutor demostrará a satisfacción del Banco el cumplimiento de dos condiciones: (i) que se hayan asignado responsabilidades para la ejecución de este programa al gerente del programa, al especialista en adquisiciones y al especialista financiero que integran la unidad de ejecución del proyecto; y (ii) que se haya aprobado y haya entrado en vigor un manual operativo del proyecto actualizado (párrafo 3.5). Véanse en el Anexo B del informe de gestión ambiental y social otras condiciones previas al primer desembolso.</p>				
<p>Cláusulas contractuales especiales de la ejecución: Véanse en el Anexo B del informe de gestión ambiental y social las cláusulas contractuales especiales de la ejecución.</p>				
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna				
Alineación estratégica				
Desafíos^(d):	SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>	
Temas transversales^(e):	GE <input checked="" type="checkbox"/> y DI <input type="checkbox"/>	CC <input checked="" type="checkbox"/> y ES <input type="checkbox"/>		IC <input type="checkbox"/>

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

(b) En virtud de las opciones de amortización flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible, se puede modificar el período de gracia a condición de que no se excedan la vida promedio ponderada original y la fecha de amortización final indicadas en el acuerdo de préstamo.

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

(d) SI: inclusión social e igualdad; PI: productividad e innovación; EI: integración económica.

(e) GD: igualdad de género y diversidad; CC: cambio climático y sostenibilidad ambiental; IC: capacidad institucional y Estado de derecho.

I. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, problema abordado y justificación

- 1.1 **Perfil del país.** Las Bahamas son un país pequeño de ingresos altos que tiene un buen puntaje en los indicadores de desarrollo humano. Con una población de 393.244 habitantes[1], el ingreso nacional bruto per cápita del país es de US\$33.460. En el índice de desarrollo humano (IDH) de 2018, el país se clasificó en la categoría de desarrollo humano muy alto al obtener un puntaje de 0,805 y ocupó el puesto 60 de 189 países[2]. En 2018, el gasto total de las Bahamas en salud fue del 6,2% del PIB, cifra por debajo del promedio del 7,9% registrada en estados de América Latina y el Caribe, y del 12,4% correspondiente a países de ingresos altos[3].
- 1.2 La pandemia de COVID-19 y las crecientes restricciones fiscales están poniendo a prueba la capacidad del gobierno para la prestación de servicios. La atención de la salud es universal y gratuita en el punto de servicio. De 2017 a 2019, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total experimentó un aumento constante que lo llevó del 12% al 14,2%. A ello se suma que las Bahamas registraron un aumento de los déficits fiscales en los últimos dos decenios (de -1,5% del PIB los ejercicios 2000/2001 a 2009/2010 a -3,3% del PIB en los ejercicios 2010/2011 a 2019/2020) y una creciente relación deuda/PIB (que aumentó a una tasa anual promedio del 5,4% entre 2000 y 2019). Además, la COVID-19 ha deteriorado más los indicadores económicos y fiscales. Ahora se prevé que la economía se contraiga un 16,2% en 2020 y que el déficit fiscal se amplíe del 6,7% del PIB en el ejercicio 2019/2020 al 9,5% del PIB en el ejercicio 2020/2021. En un intento por estabilizar la economía y reducir los niveles de deuda, el gobierno recortó el presupuesto del ejercicio 2020/2021, que registró una reducción general de US\$113 millones y una disminución del rubro de salud de US\$26 millones. Sin embargo, dado que persiste la pandemia de COVID-19, el gobierno ha agregado una nueva partida en el presupuesto por imprevistos para el Ministerio de Salud de US\$21,3 millones. Este resultado fiscal requerirá medidas de consolidación fiscal más estrictas después del ejercicio 2021/2022, a fin de regresar a los objetivos fiscales del gobierno.

1. Estado de salud de la población

- 1.3 **Condiciones sociodemográficas.** Las Bahamas son un archipiélago de 700 islas, de las cuales solo 30 están habitadas; el 85% de la población vive en New Providence y Grand Bahama, y el resto en las islas conocidas como Family Islands. El país tiene una población joven: la mediana de edad es de 33 años, el 9% tiene más de 65 años y la esperanza de vida es de 75,6 años (72,6 años para los hombres y 78,6 para las mujeres). La tasa de crecimiento anual de la población es de 1,2 y la tasa de fecundidad total (hijos/mujer) es de 1,8, lo que indica una desaceleración del crecimiento de la población[4].
- 1.4 **Las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran entre las principales necesidades de salud de la población de las Bahamas.** Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen una gran prevalencia: uno de cada 10 adultos sufre de diabetes y cuatro de cada 10 adultos tienen hipertensión. Existe una brecha de salud de género relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles, ya que hay más mujeres obesas (mujeres 54,8%, hombres 31,8%), hipertensas (mujeres 77,5%, hombres 66,2%) y que tienen tumores malignos

(mujeres 66,2%, hombres 47,9%). Los tipos de cáncer más comunes son el de próstata, mama, colorrectal y cervicouterino[5]. A ello se suma que las enfermedades crónicas no transmisibles son las principales causas de atención ambulatoria y hospitalaria, y representan el 63% de los años de vida ajustados por discapacidad[6]. Por otra parte, las cinco principales causas de muerte (por cada 100.000 habitantes) son la cardiopatía isquémica (52,5), la enfermedad cerebrovascular (39,8), el cáncer de próstata (31,9), el cáncer de mama (28,8) y la diabetes (27,1). La pandemia de COVID-19 también cobró muchas víctimas. En 2020 causó 44,9 muertes por cada 100.000 habitantes y se ubicó entre las cinco principales causas de muerte en el país[7].

- 1.5 La atención preventiva y curativa adecuada para las enfermedades crónicas no transmisibles en los centros de atención primaria y los entornos hospitalarios puede reducir los costos de salud[8], [9] y hasta un 25% de las tasas de mortalidad que se deben a estas afecciones [10], [11]. Por ejemplo, a más del 70% de las pacientes con cáncer de mama se les diagnostica la enfermedad en su etapa tardía[12], lo que a su vez reduce la eficacia del tratamiento y la esperanza de vida y aumenta los costos de la atención, mientras que la detección precoz aumenta la esperanza de vida y reduce los costos[13]. El costo directo total de la diabetes y la hipertensión es de US\$34,8 millones por año, lo que representa el 17,6% del gasto en salud pública del país[14].
- 1.6 **El acceso limitado a atención médica para las víctimas de violencia de género es un desafío.** La violencia de género es un problema generalizado: en promedio, una de cada tres mujeres sufrirá violencia doméstica en su vida[15] y entre las mujeres que sufrieron un incidente violento que requirió atención médica, la persona que provocó las lesiones fue su pareja (14%) o un amigo o conocido (17,8%)[16]. Las Bahamas han dado pasos importantes para aumentar la respuesta a la violencia de género y la coordinación acerca de este tema. Algunos avances son la legislación vigente sobre violencia doméstica y delitos sexuales, políticas, programas, servicios y protocolos nacionales de género y personal capacitado para atender a las víctimas de violencia[17]. En 2013 el Comité de Supervisión Ministerial y el Grupo de Trabajo Nacional comenzaron a supervisar los planes de acción estratégicos nacionales para abordar la violencia de género[18]. No obstante, los recursos humanos y financieros aún son limitados para atender al número de personas que necesitan asistencia. Hasta un 22% de los hogares informa que vive violencia doméstica[19] y la pandemia de COVID-19 aumentó este problema en un 11,3%[20]. Los servicios de atención de la salud enfrentan déficits para brindar cuidados de emergencia a víctimas de violencia de género que cubran las necesidades inmediatas de atención médica y las necesidades psicológicas, sociales y de apoyo a largo plazo. Actualmente existe escasa información sobre la adhesión a los protocolos para combatir la violencia de género o sobre las habilidades, los conocimientos y las competencias de los proveedores de servicio de salud[21].
- 1.7 **La pandemia de COVID-19 ha constituido una grave emergencia de salud pública.** En las Bahamas, la pandemia de COVID-19 podría tener hoy una

naturaleza sindémica¹. La coexistencia de las altas tasas de enfermedades crónicas no transmisibles y la COVID-19 indica una carga sindémica más amplia, ya que las comorbilidades, como las enfermedades crónicas no transmisibles, se cruzan con la nutrición y otros factores determinantes de la salud. Los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles presentan un mayor riesgo de sufrir una forma grave de la COVID-19 y morir en consecuencia, y viceversa, ya que la COVID-19 provoca que se descuiden las enfermedades crónicas no transmisibles[22]. La pandemia alteró la continuidad de los servicios preventivos y curativos para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, lo que creó una amenaza a mediano plazo. La interrupción en el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles podría intensificar los riesgos de sufrir complicaciones agudas, acelerar las complicaciones crónicas, aumentar la discapacidad y la mortalidad prematura, y exigir más servicios de atención de la salud. Por otra parte, la COVID-19 agravó la violencia de género contra mujeres, niñas y niños. Los confinamientos, los toques de queda y el distanciamiento físico aislaron a las mujeres de sus redes de apoyo y acrecentaron las barreras para acceder a servicios esenciales.

- 1.8 El Ministerio de Salud informó sobre el primer caso de COVID-19 el 15 de marzo de 2020 y el Gobierno de las Bahamas declaró la emergencia de salud pública el 16 de marzo de 2020. El país aplanó la curva desde el inicio de la pandemia hasta junio de 2020, momento en que las autoridades reabrieron la economía y las fronteras internacionales. Los brotes de casos relacionados con los viajes y la transmisión del virus entre ciudadanos y residentes provocaron un crecimiento repentino en el número de casos. La segunda ola se prolongó de julio a noviembre de 2020. Al 8 de junio de 2021 se habían registrado 12.024 casos acumulados, lo que se traduce en 3.087 casos por cada 100.000 habitantes, y la cifra de muertos llegó a 232, lo que representa una tasa de letalidad del 2,3%. Aunque estas cifras están por debajo del promedio de América Latina y el Caribe de 5.375 casos por cada 100.000 habitantes y su tasa de letalidad del 3,5% [7], implican un problema de salud pública importante. Actualmente, un nuevo riesgo adicional para las Bahamas es la aparición de cepas mutantes de COVID-19 que son más contagiosas y para cuya identificación el país carece de capacidad de secuenciación genómica, por lo que debe enviar las muestras al laboratorio de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Brasil.[23]

2. Desafíos del sistema de salud

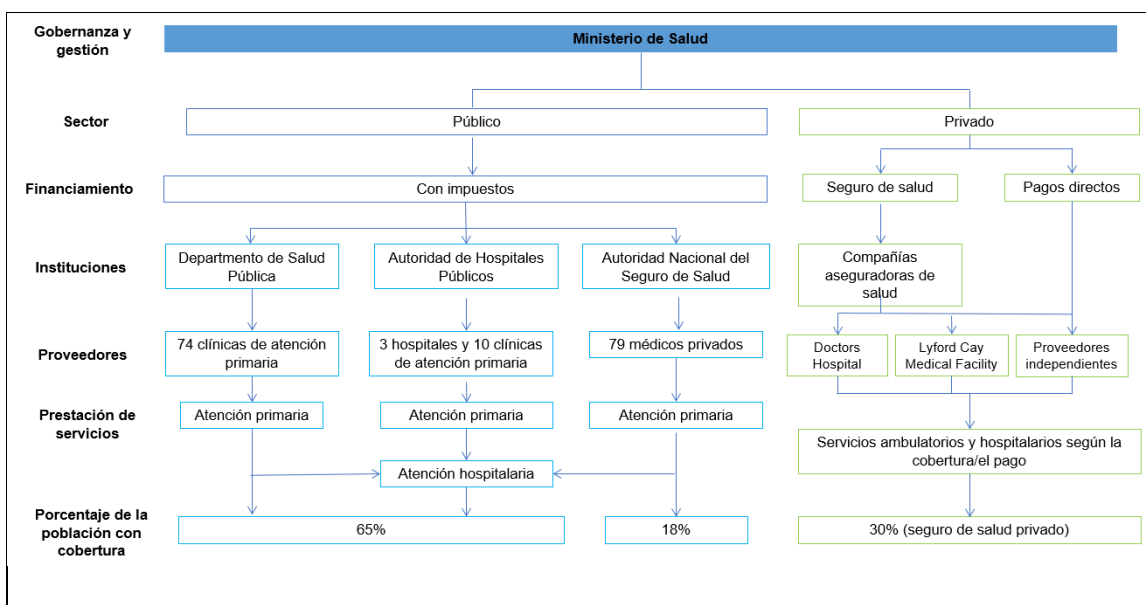
- 1.9 **El sector de la salud de las Bahamas tiene fortalezas considerables, aunque está compartimentado en diferentes instituciones.** Sus principales fortalezas son que el sector de la salud pública se financia con impuestos, los servicios de salud y la atención médica son gratuitos para todas las personas, y todos los habitantes pueden recibir servicios. El Ministerio de Salud es responsable de la gobernanza, la gestión y la reglamentación. Su Departamento de Salud Pública (DPH) ejerce la supervisión de la gobernanza para la Autoridad de Hospitales Públicos (PHA) y la Autoridad Nacional del Seguro de Salud (NHIA), que son

¹ El término sindemia se refiere a dos o más epidemias que interactúan de manera sinérgica y, como resultado, generan una carga excesiva de morbilidad en un lugar o población que supera la simple suma de ambas epidemias.

órganos creados por ley (Gráfico 1). La PHA y el DPH cubren el 65% de la población y la NHIA, el 22%^[24]. Aproximadamente el 30% de la población posee seguro privado, cifra que incluye al 13% que no cuenta con cobertura de la PHA y el DPH y a las personas que también están afiliadas a la NHIA^[25]. A ello se suma que la Junta Directiva de la NHIA proporciona beneficios de salud, como medicamentos de venta con receta médica y suministros médicos para pacientes con enfermedades crónicas a través del Plan Nacional de Medicamentos de Venta con Receta².

1.10 El DPH supervisa la prestación y gestión de los servicios de atención primaria de la salud y el diseño y la implementación de programas de salud pública. Tiene varios departamentos, entre ellos los sistemas de información de salud pública, la salud materno-infantil, la vigilancia, los servicios de salud escolar, el Programa Ampliado de Inmunización, las enfermedades crónicas no transmisibles y el enlace con los hospitales. Cuenta con 74 clínicas³ que brindan servicios de salud pública, atención curativa y servicios comunitarios que incluyen consultas a domicilio para pacientes de alto riesgo y seguimiento domiciliario para pacientes a través de los Servicios de Enfermería Distritales.

Gráfico 1. Sistema de salud de las Bahamas



² La Junta Nacional de Seguros proporciona beneficios relacionados con enfermedades, maternidad, funerales, jubilación, invalidez, supervivencia, desempleo, lesiones, discapacidad y muerte.

³ El DPH clasifica sus instalaciones en tres niveles: los centros de nivel I brindan servicios de salud avanzados que incluyen atención hospitalaria básica. El centro de nivel II proporciona servicios intermedios de atención primaria de salud que comprenden atención ambulatoria, atención de emergencia, laboratorio y farmacia. Los centros de nivel III ofrecen servicios esenciales como tratamiento para enfermedades comunes, atención curativa ambulatoria, atención materna e infantil e inmunizaciones.

- 1.11 La PHA maneja los tres hospitales públicos del país: el Princess Margaret Hospital (PMH), con 400 camas; el Rand Memorial Hospital (RMH), que cuenta con 85 camas y una red de 10 clínicas de atención primaria, y el Sandilands Rehabilitation Centre (SRC), que ofrece tratamiento psiquiátrico, geriátrico y por abuso de sustancias. La PHA es el único proveedor público de atención secundaria y terciaria para pacientes derivados del DPH, las clínicas de la PHA y la NHIA y también supervisa los Servicios Médicos Nacionales de Emergencia y la Agencia de Administración de Suministros.
- 1.12 La NHIA se financia con fondos públicos. Opera un modelo público-privado con una red de 108 médicos que brindan servicios de atención primaria a través de un conjunto explícito de beneficios de salud estándar basado en el riesgo. La afiliación a la NHIA es voluntaria; los pacientes no tienen que pagar en el centro donde se les presta el servicio. La NHIA ofrece consultas médicas de atención primaria, análisis de laboratorio específicos, imágenes diagnósticas y exámenes de detección de cáncer colorrectal, de mama, cervicouterino y de próstata. La NHIA tiene centros en cinco islas que otorgan cobertura a personas que viven en 17 islas, y cuenta con siete laboratorios clínicos.
- 1.13 El sector privado presta servicios a través de seguros médicos y pagos directos. El país tiene dos hospitales privados en New Providence: el Doctors Hospital y el Lyford Cay Medical Facility, a los que se suma el Okyanos Stem Cell Therapy Centre en Gran Bahama. También hay proveedores privados individuales.
- 1.14 En promedio, el país tiene 19,3 médicos y 31,3 enfermeras/parteras por cada 10.000 habitantes, cifra que supera la recomendación de la OMS de 44,5 recursos humanos (médicos, personal de enfermería y parteras) por cada 10.000 habitantes[26],[27]. Sin embargo, existen limitaciones en su distribución debido a las características geográficas del archipiélago, que reducen la capacidad de los servicios públicos para satisfacer las demandas de la población.
- 1.15 **El gasto en salud se asigna principalmente a la atención hospitalaria, y la atención primaria necesita una mayor inversión.** Para el ejercicio fiscal 2019/2020, el presupuesto de salud del sector público fue de US\$328 millones, que se asignó de la siguiente manera: la PHA recibió US\$209 millones (63,8%), el Ministerio de Salud (otros) US\$18,3 millones (5,7%), el Programa Nacional de Medicamentos de Venta con Receta US\$17,4 millones (5,4%) y atención primaria US\$83,3 millones (25%). El monto correspondiente a atención primaria se distribuyó entre el DPH (US\$40,2 millones), la NHIA (US\$28,6 millones) y atención primaria de la PHA (US\$14,4 millones). Para el ejercicio fiscal 2019/2020, la atención primaria representó alrededor del 25% del presupuesto de salud del sector público y, sin la integración de la atención primaria del PHA, el DPH y la NHIA, este porcentaje aumentará al 31% para 2024-2025.
- 1.16 **El sector de la salud pública enfrenta desafíos para brindar servicios de atención primaria eficientes y de alta calidad.** El primer desafío es la fragmentación del sistema de salud, que provoca ineficiencias en la prestación de servicios. Los modelos del DPH, la PHA y la NHIA del Ministerio de Salud coexisten en paralelo y tienen diferentes características organizativas y capacidades de suministro. Como consecuencia, la implementación de políticas, programas y atención de la salud a nivel nacional está fragmentada[28], lo que obstruye la coordinación de los servicios. En segundo lugar, los pacientes tienen múltiples vías

para recibir atención —como la NHIA, el DPH y la PHA—, lo que genera duplicación de servicios, control de costos limitado, acceso no equitativo e ineficiencia en la asignación de recursos[29]. Por lo tanto, los modelos de atención actuales solo cumplen parcialmente con los atributos esenciales de la atención primaria, lo que da lugar a una calidad incierta y falta de integración, coordinación y continuidad de los servicios. En tercer lugar, las proyecciones de la NHIA indican que la coexistencia de dos sistemas públicos de atención primaria provocará un aumento en los costos debido a que habrá más afiliaciones al seguro de salud nacional (NHI) si no hay una integración con las clínicas públicas. La ampliación proyectada comprende pasar de los 87.000 afiliados actuales a 113.000 en 2021, a pesar de que, recientemente, la NHIA suspendió las inscripciones hasta nuevo aviso. Entre 2019 y 2025, los costos de los sistemas paralelos de atención primaria aumentarán de US\$83 millones a US\$127 millones, mientras que la integración de estos servicios podría reducir el monto a US\$117 millones en el mismo período[30].

- 1.17 La infraestructura de atención primaria de la salud es anticuada, carece de un mantenimiento adecuado, es vulnerable a las amenazas naturales y requiere mejoras. La mayoría de los centros de salud son obsoletos, ya que se construyeron en la década de 1980 y han estado expuestos a desastres ocasionados por amenazas naturales. De acuerdo con los indicadores de riesgo de INFORM, el territorio de las Bahamas está sumamente expuesto a ciclones tropicales y sequías. En la región del Caribe, entre 1980 y 2007, el 98% de los desastres relacionados con amenazas naturales fue provocado por fenómenos meteorológicos, hidrológicos y climáticos recurrentes. Dichos fenómenos fueron principalmente ciclones tropicales (vientos fuertes y marejadas ciclónicas), inundaciones, sequías y temperaturas extremas, que se prevé que se agraven con el cambio climático. Los impactos de los fenómenos climáticos extremos en el sector de salud de las Bahamas incluyen daños totales estimados en US\$37,7 millones por el huracán Dorian en 2019 y US\$1,6 millones por el huracán Joaquín en 2015. Después del huracán Matthew en 2016, Andros, Berry Islands, Grand Bahama y New Providence fueron las islas más afectadas, y la interrupción de los servicios de salud se prolongó por tres días. En 2019, el huracán Dorian azotó las islas de Abaco y Grand Bahama y afectó seriamente la infraestructura, el equipamiento, los suministros médicos y el suministro de agua y electricidad. Además del costo en vidas humanas, los serios daños estructurales provocados por la tormenta en los centros de salud de atención primaria [31] redujeron su capacidad para brindar atención sanitaria durante la crisis [32] y después de ella. Las consecuencias de la tormenta subrayaron la vulnerabilidad de la infraestructura de salud a las amenazas naturales y propiciaron un enfoque en la resiliencia climática como una prioridad para planificar la infraestructura de salud ([enlace opcional 3](#)). Las clínicas se encuentran dispersas en todo el archipiélago, lo que plantea desafíos logísticos y organizativos para el mantenimiento y la entrega adecuados de medicamentos y suministros. Muchas clínicas son anticuadas y se están deteriorando debido a que tienen un programa de mantenimiento inadecuado, lo cual disminuye su resiliencia a los desastres y las condiciones climáticas. El crecimiento de la población supera la capacidad de las clínicas, que se está tornando insuficiente para satisfacer la demanda y apunta a la necesidad de modernizarlas y ampliarlas. Además, la emergencia pública de la COVID-19 y el número y las características de las víctimas de los huracanes ponen de relieve la

importancia de diseñar clínicas adaptables para atender a un público afectado por desastres de salud pública.

1.18 **La pandemia de COVID-19 alteró la prestación de servicios de salud esenciales en las clínicas de atención primaria.** La PHA y el DPH se vieron en apuros para equilibrar la respuesta a la pandemia al mismo tiempo que prestaban servicios de salud esenciales. El Ministerio de Salud dio prioridad a los recursos para la pandemia, pero profundizó la escasez existente en la distribución y disponibilidad de personal de salud, infraestructura y equipamiento médico[33]. Reorganizó los servicios ambulatorios, transformó las clínicas de atención primaria para pacientes con COVID-19 e implementó servicios de telemedicina. Aun así, los pacientes con afecciones crónicas y aquellos que requerían atención hospitalaria electiva enfrentaron barreras de acceso. En julio de 2020, el Princess Margaret Hospital suspendió temporalmente las cirugías y las admisiones electivas, con excepción de cirugías de emergencia, cesáreas y servicios oncológicos y vasculares.

1.19 **El sector de la salud pública ha respondido a los desafíos de la pandemia de COVID-19 con el apoyo de múltiples partes interesadas, entre las que figura el BID.** Antes del inicio de la pandemia, el Ministerio de Salud formuló el plan de preparación y respuesta para la COVID-19[34] de acuerdo con las recomendaciones de la OMS[35] para reducir la propagación de la enfermedad y brindar atención accesible y de alta calidad a los pacientes con COVID-19. El ministerio patrocina actividades permanentes de información pública que promueven medidas preventivas y ofrecen educación y orientación al público sobre el acceso a la atención para la COVID-19.[36] Adicionalmente, reforzó las clínicas y los hospitales de atención primaria para pacientes con COVID-19. El acceso a la vacuna contra esta enfermedad se convirtió en una prioridad absoluta. El país se inscribió para recibir la vacuna para el 22% de la población a través del Mecanismo COVAX, y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19[37]. El BID está apoyando los esfuerzos del país para hacer frente a la pandemia. El 9 de diciembre de 2020, el Directorio aprobó el préstamo 5179/OC-BH, por un monto de US\$20 millones, para fortalecer la respuesta de salud pública, apoyar la compra de vacunas, implementar el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y acelerar la introducción de tecnología digital de información sanitaria. En junio de 2021, el préstamo logró la elegibilidad y el gobierno solicitará en las próximas semanas el primer desembolso. El 10 de marzo de 2021, las Bahamas recibió una donación del Gobierno de la India de 20.000 vacunas Astra Zeneca contra la COVID-19.[38] El ministerio comenzó la aplicación de vacunas el 17 de marzo de 2021 en New Providence y Grand Bahama. El 30 de marzo, el país recibió 33.600 dosis de vacunas a través del Mecanismo COVAX, cuya previsión para el primer semestre de 2021 es entregar 100.800 dosis; al 28 de mayo el país había recibido 67.200 dosis[39]. Al 4 de junio de 2021, el ministerio había administrado 55.037 dosis y había 8.659 personas (2,2% de la población) con el esquema completo de vacunación[40].

3. Principales políticas de salud para fortalecer los servicios de salud

1.20 **El sector de la salud pública tiene iniciativas en curso para fortalecer los servicios de atención primaria y reducir la fragmentación.** El Plan Nacional

Estratégico de Servicios de Salud 2010-2020 estableció el fortalecimiento de los servicios de atención primaria como una estrategia clave para alcanzar la cobertura universal de salud y reducir la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus costos asociados[41]. Ciñéndose a este plan estratégico, los objetivos del ministerio son brindar atención accesible, continua y coordinada para mejorar los resultados de salud. El Gobierno de las Bahamas promueve acciones para superar la fragmentación. Por ejemplo, una propuesta consiste en establecer un único conjunto estándar de beneficios de salud primaria para la población, en el que se fusionarían la PHA, el DPH y la NHIA en un modelo armonizado de atención primaria, y todo el sector de atención primaria de salud utilizaría una historia clínica electrónica común. En octubre de 2020, la NHIA lanzó la Iniciativa para la Transformación de la Atención Primaria del Seguro Nacional de Salud (PCTI) con el fin de lograr la cobertura de salud universal. Esta iniciativa considera que los servicios de atención primaria son la base para lograr la cobertura universal y consta de cuatro elementos: (i) integrar el sistema público de atención primaria de la salud; (ii) establecer un nivel mínimo de cobertura para todos los bahameños que comprenda atención preventiva y curativa, educación en salud, imágenes diagnósticas, programas de detección de cáncer y análisis de laboratorio; (iii) implementar reformas pragmáticas en los seguros privados que establezcan que las personas que tienen un seguro privado ya no serán elegibles para inscribirse en la NHIA y que las aseguradoras privadas deberán reflejar los beneficios de salud habituales de la NHIA y (iv) proporcionar a todos los bahameños elegibles un registro único, lo que crea la posibilidad de ampliar la actual historia clínica electrónica del seguro médico nacional[42]. Posteriormente, además de prever un aumento en las afiliaciones, la NHIA prevé brindar cobertura y atención médica para enfermedades catastróficas como la insuficiencia renal crónica y el cáncer.

- 1.21 El Ministerio de Salud ha estado trabajando en la modernización de su sistema de información sanitaria para reducir la fragmentación del sector de la salud pública. Ha habido un desarrollo asimétrico del sistema de información sanitaria dentro de las instituciones del sector público de salud. La NHIA tiene un sistema de historia clínica electrónica para atención primaria (EHR-S) que atiende a 43.000 personas y les permite acceder a su información médica a través de un portal digital para pacientes. Por el contrario, el ministerio está a punto de comenzar la transición que implicará ir de un sistema de información sanitaria basado en el papel a uno digital. Actualmente, la gestión de datos en los centros de salud se realiza fundamentalmente en papel con ingreso de datos y generación de informes manuales. El sistema de salud del ministerio se apoya en políticas y formularios estandarizados para el registro y la notificación de datos a fin de cumplir con las funciones de la salud pública. Sin embargo, el ministerio ya ha comenzado a modernizar su sistema de información sanitaria. Desde 2018, el ministerio y la OPS/OMS han colaborado en el fortalecimiento de la iniciativa Sistemas Nacionales de Información para la Salud (IS4H) a través de un proceso liderado por los países. En 2019, la OPS/OMS realizó una Evaluación Rápida de IS4H[43],[44] a fin de formular las recomendaciones iniciales y delinear una hoja de ruta de alto nivel para implementar mejoras. Posteriormente, en 2020, la OPS/OMS y el ministerio realizaron una evaluación completa del modelo de madurez del IS4H, en la que se señaló el avance logrado por las Bahamas en la implementación de prácticas óptimas con organizaciones, unidades y partes interesadas individuales, y se recomendó al ministerio que estableciera estándares, políticas y procedimientos

formales dentro de las organizaciones. El Informe de Evaluación del Modelo de Madurez del IS4H permitió el desarrollo del Plan de Acción Nacional de IS4H, que se financiará con este préstamo. La atención se centra en reforzar la capacidad de las clínicas de atención primaria para mejorar la calidad y continuidad de la atención y recopilar datos relevantes para apoyar la toma de decisiones clínicas, gerenciales y de políticas. A través de este esfuerzo, el ministerio tiene como objetivo fortalecer su capacidad para recopilar, integrar y analizar datos de salud de otras partes interesadas nacionales a fin de apoyar la toma de decisiones eficaz y garantizar la interoperabilidad entre los proveedores nacionales de asistencia sanitaria y lograr la visión de “una persona, una historia clínica” en el ámbito de la salud. Como se mencionó anteriormente, el BID apoya el desarrollo del sistema de información sanitaria a partir del préstamo de inversión 5179/OC-BH. Estos esfuerzos están en consonancia con el plan de acción de IS4H.

- 1.22 **Justificación.** El proyecto abordará los tres desafíos principales descritos anteriormente: (i) fragmentación del sistema público y calidad dispar de la atención; (ii) estado inadecuado de los centros de atención primaria de salud y del equipamiento médico y (iii) desarrollo del sistema de información sanitaria para permitir el uso clínico y gerencial de la información.
- 1.23 Para abordar el primer desafío —la fragmentación del sistema público y calidad dispar de la atención—, el programa introducirá mejoras en las competencias del personal de salud[45], la organización de los servicios y las actividades de mejora de la calidad[46],[47]. También modernizará los procesos de atención[48] y las capacidades gerenciales para administrar los centros de asistencia médica y crear redes de salud. El programa también implementará un modelo⁴ de atención centrado en las personas y las comunidades[49] para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, y mejorará las competencias para atender a los pacientes que sufran violencia de género. Finalmente, implementará mecanismos de mejora de la calidad para homogeneizar la calidad de la atención médica para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Estas intervenciones permitirán la integración funcional del sistema público de atención primaria, de tal modo que la PHA, el DPH y la NHIA presten servicios de salud homogéneos. Las intervenciones de atención primaria para mejorar la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles son la forma más eficaz de reducir las hospitalizaciones y la mortalidad prematura[50],[51].
- 1.24 Para abordar el segundo desafío, el programa construirá o modernizará nueve clínicas de atención primaria de salud con infraestructura resistente al clima y consumo eficiente de energía, a fin de que puedan resistir tormentas e inundaciones. Asimismo, las clínicas recibirán mobiliario y equipamiento médico nuevos para la prestación de una atención médica de calidad superior.

⁴ La atención centrada en las personas es la base para una atención médica segura y de gran calidad. Es un tipo de atención que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente. Implica buscar y comprender lo que es esencial para la persona, fomentar la confianza, establecer respeto mutuo, compartir decisiones y planificar la atención. Las dimensiones críticas de la atención centrada en las personas abarcan respeto, apoyo emocional, comodidad física, información y comunicación, continuidad y transición, coordinación de la atención, participación de los cuidadores y la familia, y acceso a la atención.

- 1.25 Para responder al tercer desafío, el programa apoyará la modernización del sistema de información sanitaria en consonancia con la iniciativa IS4H, cuyas acciones incluyen los marcos de gobernanza de datos y seguridad cibernética, junto con el desarrollo e implementación de las normas y reglamentos.^[52] El programa también introducirá la historia clínica electrónica y la tecnología digital en 54 clínicas, que representan el 72% de las clínicas de atención primaria existentes del DPH. Un equipo de implementación de IS4H desarrollará e instrumentará estas actividades.
- 1.26 **Experiencia del Banco y lecciones aprendidas.** El Banco aprobó en diciembre de 2020 su primera operación 5179/OC-BH (Programa de Apoyo al Sector de Salud para Contener y Controlar el Coronavirus y Mitigar sus Efectos en la Prestación de Servicios) en las Bahamas, que logró la elegibilidad para desembolso en junio de 2021. Entre las primeras lecciones, el Banco confirmó la necesidad de establecer una sólida capacidad para la gestión de proyectos dentro del Ministerio de Salud. Para abordar este desafío, se estableció una unidad de ejecución del proyecto que gestione el proyecto dentro del ministerio y coordine con otras partes interesadas del gobierno (Componente 4). El diseño de este programa de salud se beneficiará de las lecciones aprendidas de la cartera de salud del Banco y, para los Componentes 1 y 2, este programa aprovechará las lecciones aprendidas de las operaciones para integrar la prestación de servicios de atención primaria de salud, a través de la integración de redes de salud y la mejora de los procesos de atención, el fortalecimiento de la infraestructura en las clínicas de atención primaria y la mejora del modelo y la calidad de la atención para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en El Salvador (operación 2347/OC-ES), Guatemala (operación 4792/OC-GU) y Jamaica (operaciones 4668/OC-JA y ATN/OC-17804-JA). Además, para el Componente 3, se beneficiará de experiencias en el diseño de servicios de telemedicina adaptados a la pandemia en Honduras y Argentina (operaciones 4518/BL-HO, 4449/BL-HO y 3815/BL-HO) e inversiones estratégicas en herramientas para mejorar el diseño y la implementación de historias clínicas electrónicas (operaciones ATN/OC-16717-RG y ATN/OC-17825-RG).
- 1.27 **Coordinación con otras organizaciones multilaterales, organismos donantes y socios.** La OPS/OMS apoya al Ministerio de Salud mediante asistencia técnica, suministros y equipamiento para ampliar sus servicios de salud y modernizar el sistema de información sanitaria. Durante la pandemia de COVID-19, la OPS contribuyó con apoyo técnico, insumos y equipamiento para vigilancia epidemiológica, capacidad de laboratorio, rastreo de contactos y manejo de casos. La OPS ha sido el agente de compra de la vacuna contra la COVID-19 y brinda asesoría técnica para el plan estratégico de vacunación del país contra esta enfermedad. Se prevé que el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (OMGI) del Grupo Banco Mundial apruebe en 2021 un préstamo de garantía para apoyar a la PHA a fin de que (i) amplíe la capacidad de servicio y (ii) mejore las capacidades de diagnóstico y las modalidades de atención que brindan el Princess Margaret Hospital y el Sandilands Rehabilitation Centre. Las obras propuestas incluyen la construcción planificada de nuevos centros, la ampliación y renovación de las instalaciones existentes, la remodelación de la nueva unidad de enfermedades infecciosas, la reforma del acceso a los servicios de atención de urgencia y emergencia del Princess Margaret Hospital y la renovación de las salas prioritarias de ese hospital y del Sandilands Rehabilitation Centre. El BID ha estado

en comunicación frecuente con la OPS, con la que se están coordinando todas las intervenciones de salud digital para el préstamo 5179/OC-BH y el préstamo actual. Además, el BID ha estado en comunicación con el OMGI para articular los esfuerzos de ambas instituciones destinados a fortalecer tanto los servicios hospitalarios como los de atención primaria. La convergencia de esfuerzos para reforzar las acciones de salud pública, no solo para responder a la pandemia sino también para fortalecer la salud pública, la atención primaria y los servicios hospitalarios, respaldará los esfuerzos del ministerio para mejorar el acceso y lograr la cobertura universal.

- 1.28 **Alineación estratégica.** Este programa es congruente con la segunda Actualización de la Estrategia Institucional (documento AB-3190-2) y está alineado estratégicamente con los desafíos de desarrollo de inclusión social e igualdad al mejorar la prestación de servicios de salud y la cobertura, el acceso y la calidad de la atención médica. El programa también está alineado con los temas transversales de (i) igualdad de género, ya que implementará innovaciones en la atención médica a víctimas de violencia doméstica, según se describe en el Subcomponente 1.2, medida congruente con el Plan de Acción de Género para Operaciones 2020-2021 (documento GN-2531-19), y (ii) de cambio climático, pues se fortalecerá la resiliencia de las clínicas a las amenazas naturales y al cambio climático. Adicionalmente, el programa está alineado con el Marco de Resultados Corporativos 2020-2023 (documento GN-2727-12) a través de los indicadores sobre beneficiarios que reciben servicios de salud y sobre beneficiarios de instalaciones mejoradas y resilientes a desastres y al cambio climático. Según el enfoque del [Informe conjunto de los Bancos Multilaterales de Desarrollo](#) para el seguimiento del financiamiento climático, el 44,47% del financiamiento total del BID para este programa se destina a actividades de mitigación y adaptación al cambio climático. Por lo tanto, contribuye al objetivo del Grupo del BID de contar con un 30% de las aprobaciones para el año 2021 destinadas al financiamiento climático ([enlace opcional 2](#)). El programa está en consonancia con las líneas de acción del Documento de Marco Sectorial de Salud (documento GN-2735-9) que abordan la sostenibilidad fiscal y financiera. En tal sentido, contribuye a reducir la fragmentación del sector de la salud. Por otro lado, aborda la línea de acción que mejora la organización y la calidad de la prestación de servicios de salud y apoya la integración de los servicios de salud al mejorar la coordinación entre los niveles de atención primaria y secundaria y acelerar la introducción de la salud digital. El programa también está alineado con el objetivo estratégico de la Estrategia de País de fortalecer la capacidad institucional para el gobierno digital (documento GN-2920-1) y con los temas transversales de (i) datos, ya que mejorará la recolección, difusión y disponibilidad de datos en el sector de salud, y (ii) género, dado que refuerza la capacidad de brindar atención médica a las víctimas de violencia doméstica. El programa está incluido en el Informe sobre el Programa de Operaciones 2021 (documento GN-3034).

B. Objetivo, componentes y costo

- 1.29 **Objetivos.** El objetivo principal es apoyar el fortalecimiento del sistema de salud de las Bahamas para satisfacer las necesidades de salud de la población. Los objetivos específicos son (i) integrar los servicios de atención primaria y secundaria que brindan el DPH, la PHA y la NHIA; (ii) mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios comunitarios y ambulatorios a través de un modelo de atención

centrado en las personas y las comunidades y (iii) incrementar la eficiencia de los servicios de salud.

- 1.30 **Componente 1: Mejora del modelo de prestación de servicios de salud (US\$8 millones).** Este componente financiará las actividades para (i) reorganizar la prestación de atención primaria y hospitalaria; (ii) implementar un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, que también incluirá acciones específicas para brindar servicios de salud a las víctimas de violencia de género; y (iii) estandarizar la calidad de la atención que brindan el DPH, la PHA y la NHIA.
- 1.31 **Subcomponente 1.1.** Este subcomponente financiará la reorganización de la prestación de atención primaria y hospitalaria del DPH y la PHA a los pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles mediante (i) el diseño y la renovación de protocolos clínicos y vías de atención basados en datos; (ii) la implementación de cursos de capacitación a través de tecnología digital para que se actualice el personal de salud; (iii) la mejora de los procesos de atención preventiva y curativa para brindar una atención coordinada y continua mediante la introducción de herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y la promoción de la creación de equipos de atención interprofesional; y (iv) la instrumentación de sistemas de gestión de la salud para asegurar la adecuada administración del personal, los suministros y la información sanitaria.
- 1.32 **Subcomponente 1.2.** Este subcomponente financiará (i) el diseño y la implementación de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades para mejorar la participación de la comunidad en la promoción, la prevención y el autocuidado de la salud⁵; (ii) el fortalecimiento de los servicios de salud para las víctimas de violencia de género mediante la modernización de las vías de atención y la mejora de los servicios de salud mental a distancia; y (iii) la capacitación del personal de salud para reconocer, diagnosticar o consultar de forma competente los casos que generen sospechas y responder de manera integral a la violencia de género mediante el desarrollo de protocolos.
- 1.33 **Subcomponente 1.3.** Este subcomponente financiará actividades para estandarizar y aumentar la calidad de la atención que el DPH, la PHA y la NHIA brindan a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles a través de (i) el diseño de indicadores de calidad de la atención para enfermedades crónicas no transmisibles y (ii) la implementación de mecanismos homogéneos para mejorar y evaluar la calidad de la atención mediante el uso de directrices basadas en evidencia y en datos de salud almacenados en la historia clínica electrónica.
- 1.34 **Componente 2: Mejora de la capacidad de prestación de atención primaria (US\$20 millones).** Este componente mejorará la infraestructura para brindar servicios de atención primaria en siete islas. El Ministerio de Salud priorizó nueve

⁵ La implementación de un modelo de atención centrado en las personas y la comunidad comprende (i) actividades de capacitación y educación para desarrollar la capacidad de todo el personal, (ii) procedimientos y cambios organizacionales para que los usuarios participen en una asociación eficaz en su atención médica, y (iii) recopilación y notificación de datos sobre la experiencia de la atención del paciente a través de encuestas u otros mecanismos de obtención de información.

clínicas de atención primaria⁶ que se construirán o se modernizarán y dotarán de mobiliario y equipamiento médico nuevos.

- 1.35 **Subcomponente 2.1.** Este subcomponente financiará la construcción y modernización de nueve clínicas de atención primaria en siete islas. Las obras físicas necesarias para la mejora de la infraestructura deberán reunir tres atributos: (a) resiliencia a los riesgos de desastres y cambio climático relacionados principalmente con tormentas, es decir, inundaciones y vientos fuertes; (b) diseño de sostenibilidad y eficiencia energética para cumplir con la certificación EDGE de “edificio ecológico”; y (c) diseño sólido para cuidar y contener la propagación de enfermedades transmisibles como la COVID-19 y manejar otros brotes de enfermedades infecciosas que se pudieran producir. Este subcomponente también financiará el mobiliario necesario para las clínicas, así como la certificación EDGE correspondiente y un plan de mantenimiento que potenciará los tres atributos de la infraestructura.
- 1.36 **Subcomponente 2.2.** Este subcomponente financiará la actualización de equipamiento médico, que incluye dispositivos médicos esenciales, como estetoscopios y esfigmomanómetros; equipos de diagnóstico como ultrasonido, electrocardiogramas, aparatos de rayos X portátiles; equipos para pruebas de laboratorio y atención de emergencia como desfibriladores, además de equipos para servicios odontológicos y atención preventiva. También financiará la adquisición de seis ambulancias.
- 1.37 **Componente 3: Modernización del sistema de información sanitaria (US\$10 millones).** Este componente financiará la digitalización del sistema de gestión e información sanitaria del DPH del Ministerio de Salud.
- 1.38 **Subcomponente 3.1.** Este subcomponente financiará el equipo de implementación de IS4H y un plan de instrumentación para la historia clínica electrónica que abordará la integración de aplicaciones y equipos nuevos y ya existentes, como aplicaciones de laboratorio, farmacia e imágenes diagnósticas en el nuevo sistema de historia clínica electrónica y el intercambio de información sanitaria que se implementará en 54 clínicas del DPH⁷.
- 1.39 **Subcomponente 3.2.** Este subcomponente financiará las actividades necesarias para implementar un intercambio de información sanitaria, el desarrollo de un marco de seguridad cibernética y un marco de gobernanza de datos. También documentará y modernizará el flujo y el uso de la información para funciones gerenciales, clínicas y de salud pública de conformidad con los principios de gestión y gobernanza de IS4H.

⁶ El ministerio basó los criterios de selección en (i) las condiciones actuales de la infraestructura, dando prioridad a la que se encuentra en peores condiciones por su antigüedad o los daños causados por el huracán Dorian; (ii) las necesidades de incrementar la capacidad de atención y, por ende, la ampliación de la infraestructura; y (iii) las necesidades de incrementar el nivel de atención brindado, lo que implica pasar a una configuración de instalaciones más compleja.

⁷ El ministerio basó sus criterios de selección de acuerdo con la hoja de ruta de IS4H, que considera el posible beneficio en cuanto a la cobertura de la población de estas clínicas, la viabilidad de la conectividad y la implementación de la historia clínica electrónica dadas las condiciones geográficas del país.

- 1.40 **Subcomponente 3.3.** Este subcomponente financiará las actividades para desarrollar e implementar normas y reglamentos, gestión del cambio, adquisición de tecnología digital (equipos de conectividad y computadoras portátiles, tabletas, etc.), implementación de las historias clínicas electrónicas y telemedicina, de conformidad con los parámetros de tecnología digital de IS4H en 54 clínicas de atención primaria.
- 1.41 **Subcomponente 3.4.** Este subcomponente financiará una evaluación funcional del sistema de salud para identificar las funciones esenciales de IS4H que se deben realizar en las Bahamas. La evaluación sentará las bases para una estructura organizacional actualizada y roles funcionales. El componente también financiará una estrategia de desarrollo de recursos humanos y una hoja de ruta para la gestión del conocimiento en el país.
- 1.42 **Gastos de administración y otros (US\$2 millones).** Este componente financiará las actividades para fortalecer la gestión de proyectos institucionales y las capacidades fiduciarias y de adquisiciones del Ministerio de Salud para la implementación del proyecto. Apoyará a los consultores de la unidad de ejecución del programa y los servicios técnicos especializados, auditorías independientes y estudios para apoyar la implementación del programa y su evaluación de impacto, así como la implementación del plan de gestión ambiental y social.

C. Indicadores de resultados clave

- 1.43 Los indicadores de resultados clave harán un seguimiento del avance en la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, y aumentarán la proporción de pacientes con diabetes e hipertensión que están controlados, con lo que se reducirán las hospitalizaciones evitables. Estos indicadores medirán el efecto combinado de la mejora en el acceso y la calidad de la atención después de implementar los programas de capacitación para trabajadores de la salud, modernizar los protocolos clínicos y los procesos de atención mediante la introducción de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, e invertir en infraestructura, tecnología médica y sistemas digitales de información sanitaria, como la introducción de la historia clínica electrónica y los servicios de telemedicina.
- 1.44 **Beneficiarios.** La mejora de la capacidad para brindar atención médica primaria mediante la modernización de las instalaciones médicas y la provisión de nuevo equipamiento médico facilitará el acceso y mejorará los servicios para aproximadamente 60.000 personas que viven en nueve de las Family Islands. Las mejoras en la prestación del modelo de atención primaria de salud y servicios hospitalarios y la introducción de sistemas digitales de información sanitaria en 57 clínicas mejorarán el acceso y la calidad de la atención médica, lo que beneficiará directamente al menos a 157.000 personas (40%) de la población de las Bahamas.
- 1.45 **Viabilidad económica.** La justificación económica de las acciones propuestas se basa en la pérdida de capital humano que se evitará y en el ahorro presupuestario que se logrará en salud pública. Las mejoras al modelo de prestación de atención (Componente 1) facilitarán una mayor eficiencia en el sistema de salud pública, en especial, en lo que respecta a la atención primaria. A través de la construcción de cinco nuevas clínicas como parte de la mejora de la capacidad para la prestación

de atención primaria (Componente 2) se procurará mejorar la salud de la población y evitar la pérdida de capital humano. Por último, la introducción del sistema de información sanitaria digital (Componente 3) contribuirá a mejorar los procesos de atención de la salud (por ejemplo, acceso a servicios, diagnóstico y tratamiento), lo que redundará en ahorros en el presupuesto de salud pública. Con base en lo anterior, se realizó un análisis de costo-beneficio y se estimó un valor actual neto de US\$55 millones y una relación costo-beneficio de 1,29 en la hipótesis de base, que considera una tasa de descuento del 3%, lo cual indica que las acciones propuestas son económicamente beneficiosas. Asimismo, se realizó un análisis de sensibilidad variando el costo y la efectividad de las intervenciones.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos financieros

- 2.1 Este programa está estructurado como un préstamo de inversión específico por un monto total de US\$40 millones y se financiará con recursos de Capital Ordinario del Banco. Este instrumento se considera idóneo debido a su alcance fijo, la interdependencia lógica de los componentes y su individualidad física y técnica. El período de desembolso será de cinco años. En el Cuadro 2.1 se presenta el presupuesto por componente. El período de desembolso (Cuadro 2.2) se determinó sobre la base de estimaciones iniciales del plan de adquisiciones y el plan de ejecución plurianual.

Cuadro 2.1. Resumen de costos del programa (US\$)

Componentes	Total	%
Componente 1. Mejora del modelo de prestación de servicios de salud	8.000.000	20,0
Subcomponente 1.1 Reorganización de la atención primaria y hospitalaria	2.900.000	7,3
Subcomponente 1.2. Implementación de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades	2.500.000	6,2
Subcomponente 1.3. Estandarización de la calidad de la atención	2.600.000	6,5
Componente 2. Mejora de la capacidad de prestación de atención primaria	20.000.000	50,0
Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de la infraestructura física	17.995.000	45,0
Subcomponente 2.2. Mejora del equipamiento médico	2.005.000	5,0
Componente 3. Modernización del sistema de información sanitaria	10.000.000	25,0
Subcomponente 3.1. Integración de iniciativas de información sanitaria digital	1.376.000	3,4
Subcomponente 3.2 Modernización del flujo de información	1.467.000	3,7
Subcomponente 3.3 Implementación de IS4H	7.057.000	17,6
Subcomponente 3.4. Necesidades de capacitación y requisitos de contratación	100.000	0,3
Gastos de administración u otros gastos imprevistos	2.000.000	5,0
Auditoría del proyecto	180.000	0,5
Unidad de ejecución del proyecto	1.520.000	3,8
Evaluación de Impacto	300.000	0,7
Total	40.000.000	100,0

Cuadro 2.2 Cronograma de desembolsos (US\$)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
BID	4.980.000	9.030.000	23.667.000	1.371.500	951.500	40.000.000
%	12,45	22,58	59,17	3,43	2,38	100,00

B. Riesgos ambientales y sociales

2.2 Con base en las disposiciones de la política operativa OP-703, este programa se ha clasificado como categoría B ya que se espera que los impactos ambientales y sociales de la operación sean menores a moderados. Los principales impactos están relacionados con la mejora de las clínicas existentes y la construcción de nuevas clínicas e incluyen la posibilidad de contaminación e impactos menores en el hábitat natural donde se construirán las clínicas. Además, dada la pandemia de COVID-19, los riesgos para la salud de los trabajadores y las comunidades asociados con la transmisión del virus serán superiores a lo normal. Con el apoyo del BID, el Ministerio de Salud elaboró un análisis ambiental y social y un proceso de consulta sobre la operación, que se realizó el 27 de abril de 2021 de manera virtual y se documentó en un informe de consulta. El informe de consulta, y el análisis ambiental y social final se dieron a conocer junto con el plan de gestión ambiental y social el 25 de mayo de 2021. El proceso de consulta fue significativo, incluyó a los actores vulnerables y estuvo en consonancia con la magnitud de los impactos y riesgos, que son entre pequeños y moderados. Los principales comentarios de los participantes fueron preguntas para saber si su clínica local contaría con servicios o personal de salud adicionales como resultado de la operación, el momento en que se realizarían las actividades de construcción del proyecto y la dificultad para llegar a los centros de salud debido a inundaciones o caminos angostos. El [análisis ambiental y social](#) y el plan de gestión ambiental y social incluyen una descripción de los protocolos del ministerio para la gestión y eliminación de desechos médicos, y medidas para evitar la degradación del hábitat natural. El riesgo de desastres se ha clasificado como alto porque los hospitales son infraestructura crítica y el país es vulnerable a los huracanes, el aumento del nivel del mar y las inundaciones. En este contexto, la inversión para mejorar la infraestructura considerará el riesgo de desastres y las acciones de adaptación y mitigación al cambio climático para aumentar la resiliencia y reducir la vulnerabilidad de los centros de salud expuestos a fenómenos climáticos extremos. Como parte de la preparación de este programa, el equipo ha desarrollado un enfoque sobre el riesgo de desastres (parte del anexo sobre cambio climático, [enlace opcional 2](#)) y un anexo técnico de infraestructura donde se describen las medidas para aumentar la resiliencia y mejorar la eficiencia energética e hídrica, junto con un diseño resiliente al clima coherente con la certificación EDGE. Se preparará una evaluación de riesgo de desastres y un plan de gestión de riesgo de desastres detallado para el programa. Además, se incluirán medidas de diseño para incorporar la resiliencia a los desastres en las clínicas mejoradas y nuevas que se financiarán.

C. Riesgo fiduciario

2.3 Si dentro del Ministerio de Salud no se crea una estructura institucional para que la unidad de ejecución del proyecto rinda cuentas directamente al ministerio a fin de priorizar las actividades y preparar los requisitos técnicos, se producirán demoras

en la contratación de consultores y la adquisición de bienes y contratación de servicios, lo que retrasará la ejecución por al menos seis meses (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo, es necesario formular un plan que contemple acciones para facilitar la interacción con el ministerio, preparar los requisitos técnicos, los términos de referencia para las actividades de adquisición y contratación, y capacitar al personal de la unidad de ejecución encargado de estas actividades sobre las políticas de adquisiciones y contrataciones del BID.

- 2.4 Si las aprobaciones de los diferentes pasos de los procesos de adquisiciones y contrataciones deben ser realizadas por autoridades de alto nivel, pueden producirse demoras que afecten el cronograma del proyecto durante al menos tres meses (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo, se deben revisar los cronogramas de los procesos de adquisiciones y contrataciones con las partes interesadas del proyecto, identificar los pasos que se puedan aprobar en un nivel inferior y estimar la duración de cada paso considerando el tiempo necesario para la coordinación entre departamentos.
- 2.5 Si el Sistema Integrado de Información de Gestión Financiera (IFMIS) no proporciona los estados financieros, las solicitudes de desembolso y otros informes en el plazo debido a la falta de experiencia del Ministerio de Salud en la ejecución de operaciones del BID, habrá demoras para cumplir con los requisitos de auditoría durante al menos dos meses (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo, se debe fortalecer la capacidad de la unidad de ejecución de la operación 5179/OC-BH, contratar un especialista financiero, brindar capacitación en políticas y procedimientos financieros del BID y el uso de un sistema de contabilidad comercial (Quickbooks o similar).

D. Otros riesgos y temas clave

- 2.6 Se identificaron siete riesgos de desarrollo con sus correspondientes medidas de mitigación. Si el Ministerio de Salud no mejora su capacidad para ejecutar el programa, dada su escasa experiencia en la gestión de proyectos de inversión pública de organismos multilaterales, habrá retrasos en los procesos financieros y de adquisiciones durante el primer año. Estas circunstancias retrasarán los desembolsos y afectarán la conclusión de las actividades previstas en los componentes del proyecto (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo, se implementarán acciones que fortalezcan a la unidad de ejecución ya existente para gestionar el proyecto y subsanar los vacíos de conocimiento del ministerio en la programación de proyectos, recursos humanos, gestión de riesgos, comunicación y gestión de partes interesadas.
- 2.7 Si las autoridades y el personal técnico del Ministerio de Salud tienen un bajo sentido de identificación con los objetivos del programa, se demorarán los procesos de toma de decisiones y adquisiciones de los componentes del proyecto. En consecuencia, el ministerio sufrirá retrasos durante al menos seis meses para lograr los productos previstos para el primer año de ejecución (riesgo mediano alto). A fin de mitigar este riesgo, se sostendrá un diálogo continuo a través de estrategias de comunicación eficaces entre el BID y los equipos técnicos del ministerio para sustentar y promover la identificación con el proyecto, así como a través de la implementación de planes de supervisión sólidos acordados con el ministerio.

- 2.8 En la zona de intervención pueden producirse huracanes y las amenazas que implican (vientos intensos e inundaciones). Estos fenómenos naturales podrían afectar negativamente las obras de construcción de las instalaciones de salud, lo que provocaría un retraso en la ejecución del Componente 2 de al menos tres meses. Estos fenómenos también pueden afectar las instalaciones durante la operación, ocasionar daños a las clínicas o la interrupción de servicios críticos (mediano alto). Para mitigar este riesgo, se preparará un plan de gestión del riesgo de desastres.
- 2.9 Si no hay un flujo de información constante en los primeros seis meses de ejecución ni coordinación entre el ministerio, la unidad de ejecución y el BID, el proyecto dará como resultado productos esenciales para el Componente 1 que serán de baja calidad. Esta situación haría que la ejecución del Componente 1 lleve más de seis meses (riesgo mediano alto). A fin de mitigar este riesgo, se creará e implementará un plan de comunicación integral, un plan de acción y un plan de supervisión para coordinar a todos los actores pertinentes.
- 2.10 Si la planificación estratégica de las actividades de la unidad de ejecución no contempla la lentitud del proceso de contratación de recursos humanos dentro del Gobierno de las Bahamas, se detendrá la incorporación de los consultores. Esta situación retrasará los productos de los consultores y la ejecución del programa por hasta tres meses (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo, la unidad de ejecución diseñará una estructura de gobernanza que permita la implementación eficaz de firmas para aprobación.
- 2.11 Si el Ministerio de Salud no comienza a implementar las inversiones actuales guiadas por la iniciativa IS4H en 2022, se retrasará la instrumentación de la historia clínica electrónica, lo que alargará 12 meses la ejecución del proyecto (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo y asegurar que se refleje un cronograma realista, se formulará un plan de ejecución del programa con aportes de múltiples partes interesadas y todas las partes implicadas.
- 2.12 Si el ministerio no desarrolla los servicios de telesalud incluidos en las acciones de IS4H, la ampliación de estos servicios se retrasará, lo que extenderá por más de 12 meses la ejecución del Componente 3 (riesgo mediano alto). Para mitigar este riesgo y asegurar que se refleje un cronograma realista, se formulará un plan de ejecución del programa con aportes de múltiples partes interesadas y todas las partes implicadas.
- 2.13 **Sostenibilidad.** Las inversiones de este programa representan un avance considerable para que el sistema de salud de las Bahamas cumpla su plan estratégico de lograr una cobertura universal de salud. Por lo tanto, el Ministerio de Salud ha adoptado medidas para garantizar su sostenibilidad. El gobierno del país tiene la intención de fortalecer la sostenibilidad fiscal de la atención de la salud mediante la inversión en servicios de atención primaria, que son la forma más eficiente de atender la salud. Las inversiones en sistemas digitales de información sanitaria también incluyen el fortalecimiento de los recursos humanos y la implementación de un plan de mantenimiento para garantizar la continuidad de los servicios. Además, para la infraestructura nueva y modernizada, el programa contempla la certificación EDGE de construcción ecológica para las nueve clínicas. Entre los criterios de diseño que se considerarán para lograr esta certificación, cabe mencionar los siguientes aspectos: (i) elementos de protección solar para disminuir

la radiación solar directa y aislamiento de paredes y techos, ventanas de doble vidrio y ventilación natural para reducir la necesidad de recurrir a sistemas de aire acondicionado con su consiguiente demanda de energía; (ii) incremento de la iluminación natural en los edificios y uso de lámparas LED a fin de disminuir la demanda energética para iluminación; (iii) implementación de sistemas de respaldo fotovoltaico en clínicas específicas; (iv) implementación de estrategias de ahorro de consumo de agua, como aireadores de grifos, inodoros de doble descarga y urinales sin agua (o secos), lavarropas de bajo consumo, así como captación y almacenamiento de agua de lluvia, y uso de vegetación autóctona para reducir la necesidad de emplear agua para mantener los jardines; (v) uso de equipos de ahorro de energía como refrigeradores y unidades de aire acondicionado eficientes; (vi) empleo de vegetación para dar sombra y enfriar naturalmente los edificios y áreas externas de las clínicas; (vii) instalación de pavimento permeable fuera del edificio para permitir la infiltración de escorrentías pluviales y (viii) el programa apoya el diseño y la implementación de un plan de mantenimiento para informar a los usuarios y capacitar a los equipos de mantenimiento sobre prácticas óptimas sostenibles para mantener el funcionamiento de los edificios en las mejores condiciones posibles.

III. PLAN DE EJECUCIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen del plan de implementación

- 3.1 **Ejecución y administración.** El Ministerio de Salud, que será el organismo ejecutor, ya estableció una unidad de ejecución del proyecto responsable de la administración del préstamo 5179/OC-BH. La unidad también administrará este programa, que la financiará a partir de 2023. Las responsabilidades de la unidad de ejecución incluyen la planificación, la elaboración de presupuestos, la contabilidad, las adquisiciones y contrataciones, las salvaguardias sociales y ambientales, el seguimiento y la presentación de informes sobre el avance de la implementación del programa. El personal⁸ de la unidad de ejecución del proyecto se reforzará con un asistente financiero. Asimismo, contratará consultores externos especializados, personas y empresas para preparar los planes destinados a modernizar las clínicas existentes, construir las nuevas, supervisar la construcción y definir las especificaciones técnicas y las adquisiciones de médicos nuevos y sistemas digitales de información sanitaria. El equipo técnico, de adquisiciones y fiduciario del ministerio trabajará en estrecha colaboración con el personal de la unidad de ejecución para beneficiarse de la transferencia de conocimientos y el fortalecimiento de capacidades.
- 3.2 Las responsabilidades específicas de la unidad de ejecución comprenden todas las actividades para la ejecución del programa, entre las que se destacan: (i) actuar como enlace del proyecto con el Banco; (ii) preparar, presentar e implementar los planes operativos anuales y los planes financieros; (iii) elaborar presupuestos y solicitudes de desembolso; (iv) elaborar y actualizar el plan de ejecución plurianual,

⁸ La unidad de ejecución del proyecto estará integrada por un gerente de proyecto, un especialista financiero, un especialista en adquisiciones y contrataciones, un asistente financiero, un asistente de adquisiciones y contrataciones, un ingeniero civil, un especialista en seguimiento y evaluación, un administrador, un especialista en comunicación y un coordinador del Componente 1 y el Componente 2.

- el plan operativo anual, el plan de adquisiciones, la matriz de riesgos y el informe de seguimiento del proyecto; (v) realizar la administración financiera del programa de conformidad con los principios contables aceptados y la presentación de estados financieros auditados; (vi) llevar a cabo nuestros procesos de adquisiciones que deriven en la adquisición oportuna de productos de gran calidad y cumplan con las políticas del Banco y del Gobierno de las Bahamas; (vii) asegurar la alineación congruente de las actividades del programa con los resultados previstos, así como la recolección periódica de datos para permitir el seguimiento de los indicadores incluidos en la matriz de riesgos y (viii) presentar informes de avance semestrales.
- 3.3 El comité directivo del proyecto estará a cargo de los mecanismos de coordinación para facilitar la implementación del programa entre el DPH, la NHIA y la PHA. Representantes del Ministerio de Salud, el DPH, la NHIA, la PHA y el Ministerio de Finanzas integrarán el comité directivo del proyecto. El comité tiene entre sus responsabilidades específicas generar la coordinación y colaboración interinstitucional requerida y la supervisión general del programa para asegurar la coherencia y coordinación en la implementación del proyecto entre las diferentes partes interesadas. La unidad de ejecución del proyecto posibilitará estas acciones mediante el cumplimiento de sus responsabilidades específicas. En el manual operativo del proyecto actualizado se describirán las responsabilidades del comité directivo y la unidad de ejecución del proyecto.
- 3.4 **Manual operativo del programa.** El [manual operativo del programa](#) del préstamo 5179/OC-BH se actualizará para establecer las políticas, procedimientos, reglas y responsabilidades detalladas de la unidad de ejecución durante la implementación del programa, que establecerá normas y lineamientos para el organismo executor en todas las áreas de ejecución del programa, incluida la programación, la ejecución y el plan financiero, los acuerdos fiduciarios, el seguimiento y la presentación de informes, entre otros. En el manual operativo del programa se describirán las funciones y los medios de coordinación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas con respecto a la asignación de margen presupuestario, la implementación del programa de acompañamiento, las actividades de seguimiento y el procesamiento de los ajustes necesarios para las actividades y el objetivo.
- 3.5 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso de los recursos del programa.** El organismo executor demostrará a satisfacción del Banco el cumplimiento de dos condiciones: (i) la asignación de las responsabilidades para la ejecución del presente programa al gerente del programa, al especialista en adquisiciones y al especialista financiero que integran la unidad de ejecución del proyecto, lo cual es necesario para asegurar que el organismo executor esté en condiciones de llevar a cabo la operación una vez que se produzca el desembolso, y (ii) la aprobación y entrada en vigor de un manual operativo del programa actualizado, en el que se detallarán los principios rectores para la ejecución y coordinación de actividades.
- 3.6 **Financiamiento retroactivo.** El Banco podrá financiar retroactivamente los gastos elegibles realizados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo por hasta US\$8 millones (20% del monto del préstamo), siempre que se cumplan requisitos sustancialmente similares a los que se establecen en el contrato del préstamo. Estos gastos podrán incluir servicios de consultoría, compra de

equipamiento y suministros médicos, infraestructura de salud y equipos digitales y se deben haber realizado a partir de la fecha de aprobación del perfil del proyecto (8 de marzo de 2021), y no se deberán incluir gastos realizados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.

- 3.7 **Adquisiciones y contrataciones.** El programa propuesto se llevará a cabo de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (documento GN-2349-15) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (documento GN-2350-15), así como con las disposiciones que se establecen en el contrato del préstamo y estos acuerdos fiduciarios de adquisiciones.
- 3.8 **Desembolsos y gestión financiera.** El período de desembolso de los recursos del préstamo es de cinco años. El Banco proporcionará un anticipo de fondos de acuerdo con las necesidades de liquidez del programa sustentadas por sus compromisos actuales y anticipados por un período no menor a 90 días y no mayor a 180 días. La unidad de ejecución del proyecto controlará la utilización del anticipo de fondos y limitará los gastos a las actividades previstas y elegibles, y mantendrá registros de las operaciones financieras de acuerdo con las políticas fiduciarias del Banco. Cuando se haya gastado el 80% del anticipo de fondos, la unidad de ejecución podrá presentar una justificación de gastos para revisión del Banco y solicitar un nuevo desembolso.
- 3.9 **Auditoría.** Durante el período de desembolso del préstamo, el organismo ejecutor le presentará al Banco los estados financieros anuales auditados del proyecto dentro de los 120 días posteriores al cierre del ejercicio fiscal y dentro del período de desembolso original o cualquier extensión de este período, y un estado financiero auditado final del programa dentro de los 120 días posteriores a la fecha del último desembolso del programa. De acuerdo con lo convenido con el Banco, el prestatario y el organismo ejecutor seleccionarán un auditor externo independiente que sea elegible para el Banco. El alcance de la auditoría y las consideraciones correspondientes se regirán por la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (documento OP-273-12) y el Instructivo de Informes Financieros y Gestión de Auditoría Externa. Los costos de auditoría se financiarán con recursos del proyecto. El ejercicio fiscal comprenderá del 1 de julio al 30 de junio de cada año.

B. Resumen del plan de seguimiento de los resultados

- 3.10 El organismo ejecutor será responsable de implementar el plan de seguimiento y evaluación ([enlace requerido 2](#)) y referirse principalmente a los indicadores de resultados y productos de la matriz de resultados.
- 3.11 El seguimiento del programa empleará los siguientes instrumentos de uso habitual del Banco: (i) plan de ejecución plurianual y plan operativo anual; (ii) plan de adquisiciones y contrataciones; (iii) matriz de resultados; (iv) informe de seguimiento del proyecto y (v) estados financieros auditados. El organismo ejecutor presentará los informes de avance semestrales a través de la unidad de ejecución del proyecto, dentro de los 30 días posteriores al cierre del semestre correspondiente, y deberán incluir una descripción de la ejecución física y financiera de las actividades en el período correspondiente, así como los temas pertinentes

relacionados con la implementación, los riesgos, las medidas de mitigación y las salvaguardas ambientales y sociales.

- 3.12 **Evaluación.** Una evaluación medirá los impactos del préstamo sobre las hospitalizaciones evitables utilizando el modelo de diferencias en diferencias, que compara las unidades de tratamiento con las unidades no tratadas utilizando datos de antes y después de la implementación.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		BH-L1053
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Prioridades Estratégicas del Grupo BID e Indicadores del CRF		
Retos Regionales y Temas Transversales		-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático
Nivel 2 del CRF: Contribuciones del Grupo BID a los Resultados de Desarrollo		-Beneficiarios de servicios de salud (#) -Beneficiarios de una mayor resiliencia a desastres y efectos del cambio climático (#) -Instituciones con capacidades gerenciales y de tecnología digital reforzadas (#)
2. Objetivos de desarrollo del país		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2920-1	Fortalecer la capacidad institucional para el gobierno digital
Matriz de resultados del programa de país	GN-3034	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2021.
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. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución		9.8
3.1 Diagnóstico del Programa		2.5
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		3.5
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.8
4. Análisis económico ex ante		10.0
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE		1.5
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		3.0
4.3 Supuestos Razonables		2.5
4.4 Análisis de Sensibilidad		2.0
4.5 Consistencia con la matriz de resultados		1.0
5. Evaluación y seguimiento		6.0
5.1 Mecanismos de Monitoreo		4.0
5.2 Plan de Evaluación		6.0
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Medio Alto
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)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Controles externos. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información.
No-Fiduciarios		
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto		

La propuesta presenta una operación por un monto de US\$40,000,000 a ser financiado por un préstamo de inversión. El objetivo general de la operación es apoyar el fortalecimiento del sistema de salud de Bahamas para atender las necesidades de salud de la población. Los objetivos específicos son: 1) integrar los servicios de primer y segundo nivel de atención que proveen DPHA, PHA y NHIA; 2) implementar un modelo de atención en salud centrado en las personas y la comunidad; y 3) aumentar la eficiencia de los servicios de salud.

La propuesta presenta un diagnóstico del problema, así como una revisión de la literatura. La propuesta de soluciones es adecuada para responder a los problemas identificados y a los factores que contribuyen a dichos problemas. La Matriz de Resultados es consistente con la lógica vertical de la operación y presenta indicadores de resultados y de impacto adecuados. Los indicadores de resultados son adecuados para medir el logro de los objetivos específicos.

La evaluación económica considera la pérdida de capital humano que se evita y los ahorros en el presupuesto de salud pública que se logran. El análisis costo-beneficio estima un valor presente neto de US\$55 millones y una relación costo-beneficio de 1.29, con una tasa de descuento de 3%.

La evaluación propuesta evalúa el impacto de la operación en la mejora del desempeño de los servicios de primer nivel de atención, así como de la implementación del expediente clínico electrónico. La evaluación se va a enfocar en analizar en qué medida los servicios de atención primaria puede proporcionar un servicio continuo y coordinando a los pacientes de enfermedades crónicas no infecciosas. Se utilizará un análisis de diferencias-en-diferencias para estimar el impacto de la operación.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del proyecto:	Los objetivos específicos de esta operación son: (i) integrar los servicios de atención primaria y secundaria que brindan el Departamento de Salud Pública (DPH), la Autoridad de Hospitales Públicos (PHA) y la Autoridad Nacional del Seguro e Salud (NHIA); (ii) mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios comunitarios y ambulatorios a través de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades y (iii) aumentar la eficiencia de los servicios de salud. El logro de estos objetivos contribuirá al objetivo general: apoyar las necesidades de salud de la población.
-------------------------------	--

OBJETIVO GENERAL DE DESARROLLO

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año previsto para el logro	Meta	Medios de verificación	Comentarios
Objetivo general de desarrollo: Apoyar el fortalecimiento del sistema de salud de Bahamas para atender las necesidades de salud de la población							
Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes	Lo definirá el Ministerio de Salud ¹	2019	2025	Reducción relativa del 20%	Estadísticas de salud. Unidad de Investigación sobre Información Sanitaria del ministerio	ICD-10 I0-I25 Se estimarán tasas de mortalidad estandarizadas por edad en intervalos de 10 años por sexo y grupo de edad en la población de más de 30 años. Pro género: seguimiento de género. Es factible una reducción relativa de hasta un 20%-25% en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares con intervenciones de atención primaria y secundaria ² . La OPS/OMS informó que en las Bahamas la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por 100.000 habitantes es de 92,1 para los hombres y 53,7 para las mujeres ³ .

¹ El Departamento de Información Sanitaria y la Unidad de Investigación del Ministerio de Salud proporcionarán los valores de referencia.

² Dugani S. et al. *Ischemic heart disease: cost-effective acute management and secondary prevention*. Prabhakaran, D. et al., 2017. *Cardiovascular, Respiratory, and Related Disorders*. DCP3, Vol. 5. Washington, D.C.: Banco Mundial (WB). DOI:10.1596/978-1-4648-0518-9.

³ OPS/OMS. *Core health indicators 2019. Health Trends in the Americas*.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año previsto para el logro	Meta	Medios de verificación	Comentarios
Porcentaje de pacientes hipertensos con presión arterial controlada	Porcentaje	Lo definirá el Ministerio de Salud ¹	2021	2025	Aumento de 10% con respecto al valor de referencia	Historias clínicas electrónicas y en papel en centros de atención primaria y hospitalarios	<p>Las intervenciones de atención primaria para mejorar el tratamiento de la hipertensión aumentan hasta un 10% la proporción de pacientes hipertensos que tienen la presión arterial controlada⁴.</p> <p>Numerador: número de pacientes que tienen la presión arterial controlada (para menores de 65 años el objetivo de presión arterial es <130/80 mm Hg. y para mayores de 65 años, <140/90 mm Hg)⁵.</p> <p>Denominador: número de pacientes hipertensos que acudieron a consultas médicas para el control de la hipertensión en las clínicas de atención primaria.</p> <p>La encuesta STEPS sobre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles de la OPS/OMS para las Bahamas arrojó un 19,8% de los pacientes con presión arterial controlada⁶.</p>

⁴ Egan B. et al. *Improving hypertension control in primary care with the measure, accurately, act rapidly and partner with patients protocols*. Hypertension 2018; 72:1320-1327.

⁵ Unger T. et al., 2020 *International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines*. Hypertension 2020; 75(6). 1334-1357.

⁶ OPS/OMS. *STEPS Noncommunicable Disease Risk Factor Survey. Data Book for the Bahamas 2019*.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año previsto para el logro	Meta	Medios de verificación	Comentarios
Porcentaje de pacientes diabéticos con glucemia controlada	Porcentaje	61,5% ⁷	2021	2025	Aumento de 5% con respecto al valor de referencia	Historias clínicas electrónicas y en papel de centros de atención primaria y hospitales	Las intervenciones de atención primaria aumentan hasta un 5% la proporción de pacientes con diabetes <i>mellitus</i> que tienen la glucemia controlada. Numerador: número de pacientes diabéticos que tienen la glucemia controlada (hemoglobina A1C ≤ 7). Denominador: número de pacientes con diabetes <i>mellitus</i> que acudieron a consultas médicas para el control de la diabetes en clínicas de atención primaria.
Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria	Tasa	Lo definirá el Ministerio de Salud	2021	2025	15,0	Registros de altas hospitalarias/estadísticas de salud. Unidad de Investigación e Información Sanitaria del ministerio	La evaluación de impacto incluida en el plan de seguimiento y evaluación (enlace requerido 2) contiene más detalles.

⁷ OPS. *Institutional Response to Diabetes and its Complications. An evaluation of the quality of diabetes care.* DPC/NC/DIA/66/1.3/273-04.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE DESARROLLO

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
Objetivo específico de desarrollo 1: Integrar los servicios de atención primaria y secundaria que brindan el DPH, la PHA y la NHIA.											
Tasa de cumplimiento con directrices para derivar las enfermedades crónicas no transmisibles entre los niveles de atención primaria y secundaria/terciaria	%	25% ⁸	2020	30%	40%	50%	60%	70%	70%	Registros clínicos electrónicos y en papel en centros de atención primaria y hospitales	El indicador evalúa la proporción de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que se derivaron correctamente a servicios de atención secundaria. Numerador: número de pacientes que se derivaron correctamente a servicios de atención secundaria. Denominador: número total de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que necesitaron ser derivados ⁹ . El indicador mide la calidad de la atención y la reducción en la fragmentación de los servicios de atención de la salud. El plan de seguimiento y evaluación (enlace requerido 2) contiene más detalles.

⁸ Schneiders, J. et al. *Quality indicators in type 2 diabetes patient care: analysis per care-complexity level*. Diabetol Metab Syndr 11, 34 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13098-019-0428-8>.

⁹ Vargas I. et al. *Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: a cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries*. Health Policy Plan. 2018;33(4):494-504. doi:10.1093/heapol/czy016.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
Porcentaje de personal de salud de atención primaria (personal médico y de enfermería) capacitado en el protocolo HEARTS	%	0	2020	10%	15%	20%	25%	40%	40%	Registros de capacitación del Ministerio de Salud y de la PHA; perfil de proveedores de médicos de la NHIA	HEARTS es un programa de capacitación institucionalizado para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en las clínicas de atención primaria que incluye hipertensión, diabetes y dislipidemia ¹⁰ . El indicador evalúa la proporción del personal de salud que recibe la capacitación HEARTS. Numerador: número de integrantes del personal de salud que recibe la capacitación HEARTS. Denominador: número total de integrantes del personal de salud que se prevé reciba la capacitación HEARTS.
Objetivo específico de desarrollo 2: Mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios a través de un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades.											
Cobertura de análisis para detectar complicaciones renales en los pacientes con diabetes	Porcentaje	65%	2020	65%	70%	75%	75%	80%	80%	Análisis de datos de historias en papel/historia clínica electrónica	El indicador mide el avance de las complicaciones renales al analizar pacientes con diabetes. Numerador: número total de pacientes con diabetes que se analizan para determinar la existencia de complicaciones renales. Denominador: número total de pacientes con diabetes que se deberían haber analizado para determinar la existencia de complicaciones renales

¹⁰ OPS/OMS. *Hearts in the Americas*. <https://www.paho.org/en/hearts-americas>.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
Porcentaje de personal capacitado con certificación para brindar asistencia de acuerdo con los protocolos a víctimas de violencia de género	Porcentaje	Lo confirmará el Ministerio de Salud	2021	30%	40%	50%	60%	80%	80%	Auditorías de implementación del proyecto	Pro género: seguimiento de género. La capacitación del personal en temas de violencia de género forma parte de las medidas para fortalecer la atención de salud primaria. Numerador: número total de integrantes del personal de salud que se certifica luego de recibir capacitación para atender a víctimas de violencia de género. Denominador: número total de integrantes del personal de salud en los centros de atención primaria.
Porcentaje de víctimas de violencia doméstica que recibe servicios de orientación de salud a distancia	Porcentaje	Lo confirmará el Ministerio de Salud	2021	20%	30%	40%	50%	70%	70%	Análisis de datos de registros en papel/historia clínica electrónica	Los servicios de atención de la salud para víctimas de violencia doméstica requieren infundir en las víctimas una conducta de búsqueda de ayuda y dar respuesta mediante evaluación, tamizaje y derivación a servicios de orientación, entre otros.
Porcentaje de víctimas de violencia doméstica que recibe servicios de orientación en materia de salud en persona	Porcentaje	Lo confirmará el Ministerio de Salud	2021	20%	30%	40%	50%	70%	70%	Análisis de datos de registros en papel/historia clínica electrónica	Numerador: número de víctimas de violencia doméstica que recibe servicios de orientación en materia de salud a distancia y en persona. Denominador: número de personas que se sospecha fueron víctimas de violencia doméstica a quienes se ofrecieron servicios de orientación en materia de salud a distancia o en persona. Pro género: seguimiento de género.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
Número de beneficiarios varones de las clínicas nuevas y remozadas con resiliencia a amenazas naturales y el cambio climático	Número	23.603	2021	23.886	24.173	24.463	24.757	25.054	25.054	Auditorías de implementación del proyecto	Todas las clínicas incluyen la mejora de su resiliencia. Se considera a todos los beneficiarios de las nueve clínicas. La estimación de los beneficiarios se efectúa como parte del análisis económico de la operación. Los beneficiarios se contabilizan una vez que las clínicas están terminadas y en funcionamiento. Las estimaciones consideran que el crecimiento demográfico de Bahamas es de 1,2 por año.
Número de beneficiarios de las clínicas nuevas y remozadas con mayor resiliencia a los peligros naturales y el cambio climático	Número	22.845	2021	23.119	23.397	23.677	23.961	24.249	24.249	Auditorías de implementación del proyecto	
Objetivo específico de desarrollo 3: Aumentar la eficiencia de los servicios de salud											
Sistema de información con historias clínicas electrónicas instrumentado en las clínicas de atención primaria operadas por el Departamento de Salud Pública	Porcentaje	0	2021	0%	50%	70%	80%	100%	100	Uso del sistema de historias clínicas electrónicas y satisfacción con él Encuesta de satisfacción	
Datos de las clínicas de atención primaria disponibles en un repositorio central al que puede acceder el Ministerio de Salud para respaldar el cálculo de indicadores clave	Porcentaje	0	2021	0%	0%	50%	70%	80%	100	Informe del sistema del repositorio central con nombres de las clínicas que aportan información	Numerador: número de clínicas que pueden enviar datos de producción automáticamente a un repositorio centralizado en el Ministerio de Salud. Denominador: las 54 clínicas que integrarán el proyecto. El informe del ministerio deberá identificar cada clínica que aporte información y la fecha de la información aportada.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
Número de organismos socios con sistemas de información conectados o integrados al intercambio de información sanitaria	Número	0	2021	1	3	4	5	6	6	Informe anual de IS4H	Ministerio de Educación, Ministerio de Servicios Sociales y Desarrollo Urbano, Departamento de Meteorología, Departamento de Servicios de Salud Ambiental, Junta Nacional de Seguros, Departamento de Estadística u organismo sustituto.

PRODUCTOS

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
Componente 1: Mejora del modelo de prestación de servicios de salud											
1.1 Número de vías y protocolos clínicos actualizados y distribuidos	Número	0	2021	5	5	5	0	0	15	Auditorías de implementación del proyecto Manual para el manejo de las afecciones de salud en los centros de atención primaria ¹¹	Se actualizan los protocolos clínicos para los servicios de atención primaria y hospitalarios para prevenir, detectar, diagnosticar y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles.

¹¹ El manual es una guía para atender a los pacientes en las clínicas de atención primaria y la comunidad, en el que se contemplan las competencias y los conocimientos que debe tener todo proveedor de salud que brinda atención primaria y a la comunidad.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
1.2 Número de procesos sobre enfermedades crónicas no transmisibles actualizados e implementados	Número	0	2021	5	5	5	0	0	15	Auditoría de implementación del proyecto Manual para el manejo de las afecciones de salud en centros de atención primaria ¹²	El plan de seguimiento y evaluación (enlace requerido 2) contiene más detalles.
1.3 Número de programas de capacitación práctica implementados para trabajadores de la salud y el personal de salud asociado ¹³	Número	0	2021	2	2	2	2	1	9	Registros de capacitación	El enlace requerido 2 contiene más detalles.
1.4 Número de posibles redes de salud que se contactaron y a las que se pidió integrar una red de salud con un modelo de atención centrado en la comunidad	Número	1	2021		1	1	1	0	3	Auditorías de implementación del proyecto	
1.5 Número de redes de salud que implementaron servicios de salud mental a distancia para víctimas de violencia doméstica	Número	0	2021	1	1	1	0	0	3	Auditorías de implementación del proyecto	

¹² Ídem.

¹³ Los servicios del personal de salud asociado abarcan asistentes de atención al paciente, técnicos de rayos X, asistentes dentales, especialistas y técnicos en fonoaudiología, enfermería para salud comunitaria, programa de fundamentos para médicos y personal de enfermería para pacientes renales.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
1.6 Clínicas de atención primaria que implementaron servicios para víctimas de violencia doméstica	Número	0	2021	1	3	5	0	0	5	Auditorías de implementación del proyecto	
1.7 Compendio de indicadores de calidad para enfermedades crónicas no transmisibles creado e implementado	Número	0	2021	1	2	3	5	8	8	Auditorías de implementación del proyecto	Los indicadores del sistema de calidad de la atención y de aseguramiento de la calidad abarcarán afecciones como diabetes, hipertensión, cáncer de cervicouterino, de mama, de próstata, colorrectal, infarto de miocardio y enfermedades cardiovasculares.
1.8 Sistema de aseguramiento de la calidad para enfermedades crónicas no transmisibles implementado	Número	0	2021	1	0	0	0	0	1	Auditorías de implementación del proyecto	
Componente 2: Mejora de la capacidad de prestación de atención primaria											
2.1 Número de clínicas de atención primaria existentes con mejoras de infraestructura concluidas y con la certificación EDGE	Número	4	2021	0	0	0	0	4	4	Auditorías de implementación del proyecto	EDGE es un sistema de certificación para edificios ecológicos creado por IFC, institución miembro del Grupo Banco Mundial, que hace hincapié en lograr que los edificios hagan un

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
2.2 Número de clínicas de atención primaria nuevas construidas y con la certificación EDGE	Número	0	2021	0	0	0	0	5	5	Auditorías de implementación del proyecto	uso más eficiente de los recursos ¹⁴ . Esta certificación hará que las clínicas incorporen medidas de eficiencia energética e hídrica y un diseño resiliente al clima.
2.3 Número de clínicas nuevas y remozadas con mobiliario nuevo	Número	0	2021	0	0	0	4	5	9	Auditorías de implementación del proyecto	
2.4 Número de clínicas de atención primaria con equipamiento médico nuevo	Número	0	2021	0	1	3	6	9	9	Auditorías de implementación del proyecto	
2.5 Plan de infraestructura y equipamiento implementado	Número	0	2021	0	0	0	0	1	1	Auditorías de implementación del proyecto	El plan de mantenimiento mejorará la resiliencia ante los riesgos de desastres y del cambio climático, así como la sostenibilidad y el funcionamiento con eficiencia energética. Se prevé que se implementará al final del proyecto.
Componente 3: Modernización del sistema de información sanitaria											
3.1 Equipo de implementación de IS4H integrado	Número	0	2021	0	1	0	0	0	1	Se firman los contratos del personal clave	

¹⁴ EDGE permite que los equipos de diseño y los propietarios del proyecto evalúen cuáles las formas más eficientes en función de los costos para incorporar eficiencia energética y opciones para ahorrar en el consumo de agua en sus edificios. Ofrece un proceso de certificación que cuantifica el impacto de las medidas adoptadas y estima los ahorros y las ganancias. La certificación comienza en la etapa inicial de diseño, cuando se ingresan los detalles del proyecto en el programa informático de EDGE y se seleccionan las opciones ecológicas. El proyecto debe alcanzar el estándar EDGE de un 20% de ahorro de energía, agua y materiales en comparación con las prácticas de construcción locales. Una vez que esto se logra, se inscribe el proyecto para su posterior certificación.

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
3.2 Conectividad en las clínicas de atención primaria	Clínicas	0	2021	0	54	54	54	54	54	Uso del sistema de historias clínicas electrónicas y satisfacción con él Encuesta de satisfacción	La conectividad implica que el centro de salud cuenta con todos el equipamiento y los servicios necesarios para acceder a Internet y enviar y recibir historias clínicas de otras instituciones. El indicador refleja el número de centros de salud que tuvieron conectividad durante el año.
3.3 Clínicas equipadas con dispositivos para el usuario final	Clínicas	0	2021	0	54	0	0	0	54	Uso del sistema de historias clínicas electrónicas y satisfacción con él Encuesta de satisfacción	
3.4 Plataforma de intercambio de información sanitaria implementada	Número	0	2021	0	0	1	0	0	1	Informe de uso de la plataforma	
3.5 Plataforma de inteligencia operativa implementada	Número	0	2021	0	0	1	0	0	1	Muestra de un tablero de control de la plataforma	
3.6 Solución de historia clínica electrónica implementada	Número	0	2021	0	24	12	12	6	54	Informe del sistema de historias clínicas electrónicas de cada una de las clínicas	
3.7 Marco técnico de seguridad cibernética implementado	Número	0	2021	0	0	0	1	0	1	Documento sobre seguridad cibernética aprobado	

Indicadores	Unidad	Valor de referencia	Año de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Fin del proyecto	Medios de verificación	Comentarios
3.8 Políticas de privacidad para la información sanitaria vinculadas al uso del sistema de historias clínicas electrónicas en las clínicas de atención primaria operadas por el Departamento de Salud Pública aprobadas	Número	0	2020	0	1	0	0	1	1	Documento de políticas aprobado	El documento de políticas debe incluir una estructura similar a la del marco NIST, con las adaptaciones necesarias para que resulte pertinente para el país y el sector de salud. Las funciones del marco incluyen, por ejemplo, identificar, proteger, detectar, responder, recuperar.
3.9 Programa de protección para la información sanitaria implementado	Número	0	2021	0	1	0	0	0	1	Programa de protección de la información sanitaria	
3.10 Plan nacional estratégico de IS4H aprobado	Número	0	2021	0	1	0	0	0	1	Documento del plan nacional estratégico de IS4H	

País: Bahamas

División: SPH

Número de operación: BH-L1053

Año: 2021

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

Organismo ejecutor: Ministerio de Salud

Nombre de la operación: Programa de Apoyo al Fortalecimiento del Sistema de Salud de las Bahamas

I. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

1. Uso del sistema del país en el proyecto (cualquier sistema o subsistema que se apruebe posteriormente puede aplicarse a la operación, de conformidad con los términos de la validación del Banco).

<input checked="" type="checkbox"/> Presupuesto	<input type="checkbox"/> Informes	<input type="checkbox"/> Sistema de información	<input type="checkbox"/> Licitación pública nacional parcial
<input checked="" type="checkbox"/> Tesorería	<input type="checkbox"/> Auditoría interna	<input type="checkbox"/> Comparación de precios	<input type="checkbox"/> Licitación pública nacional avanzada
<input type="checkbox"/> Contabilidad	<input checked="" type="checkbox"/> Control externo	<input type="checkbox"/> Consultores individuales	<input type="checkbox"/> Otros

2. Mecanismo de ejecución fiduciaria

<input checked="" type="checkbox"/>	Particularidades de la ejecución fiduciaria	La ejecución fiduciaria se realizará dentro de la unidad de ejecución del proyecto para el Programa de Apoyo al Sector de Salud para Contener y Controlar el Coronavirus y Mitigar sus Efectos en la Prestación de Servicios (5179/OC-BH).
-------------------------------------	---	--

3. Capacidad fiduciaria

Capacidad fiduciaria del organismo ejecutor	El Ministerio de Salud, que será el organismo ejecutor, ya estableció una unidad de ejecución responsable de la administración del préstamo 5179/OC-BH. La unidad también administrará este programa, que la financiará a partir de 2023. Dado que el ministerio no posee experiencia técnica reciente de trabajo con proyectos del BID, será necesaria una estrecha colaboración con el equipo técnico, fiduciario y de adquisiciones del ministerio para aprovechar la transferencia de conocimientos y el fortalecimiento de capacidades.
---	--

4. Riesgos fiduciarios y respuesta al riesgo

Ámbitos	Riesgo	Nivel del riesgo	Respuesta al riesgo
Finanzas	Si el Sistema Integrado de Información de Gestión Financiera (IFMIS) no proporciona los estados financieros, las solicitudes de desembolso y otros informes debido a la falta de experiencia del ministerio en la ejecución de operaciones del BID, habrá demoras para cumplir con los requisitos de auditoría durante al menos dos meses.	Mediano alto	Contratación de un asistente financiero para fortalecer la capacidad de la unidad de ejecución de la operación BH-L1055 y uso de un programa informático de contabilidad comercial (Quickbooks o similar).
Adquisiciones y contrataciones	Si no dentro del Ministerio de Salud se crea una estructura institucional destinada que la unidad de ejecución del proyecto rinda cuentas directamente al ministerio a fin de priorizar las actividades y preparar los requisitos técnicos, se producirán demoras en la contratación de consultores y la adquisición de bienes y contratación de servicios, lo que retrasará la ejecución por al menos seis meses.	Mediano alto	Formulación de un plan con la unidad de ejecución del proyecto que contemple acciones para facilitar la interacción con el ministerio, preparar los requisitos técnicos, los términos de referencia para las actividades de adquisición y contratación, y capacitar al personal de la unidad de ejecución encargado de estas actividades sobre las políticas de adquisiciones y contrataciones del BID.
Adquisiciones y contrataciones	Si las aprobaciones de los diferentes pasos de los procesos de adquisiciones y contrataciones deben ser realizadas por autoridades de alto nivel, pueden producirse demoras que afecten el cronograma del proyecto durante al menos tres meses.	Mediano alto	Revisión de los cronogramas de los procesos de adquisiciones y contrataciones con las partes interesadas del proyecto para identificar los pasos que se pueden aprobar en un nivel inferior y estimar la duración de cada paso considerando el tiempo necesario para la coordinación entre departamentos.

5. Políticas y guías aplicables a la operación: Las adquisiciones y contrataciones del programa propuesto se llevarán a cabo de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (documento GN-2349-15) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (documento GN-2350-15), así como con las disposiciones que se establecen en el contrato del préstamo y estos acuerdos fiduciarios de adquisiciones y contrataciones.

La gestión financiera se ceñirá a la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (documento OP-273-12).

6. Excepciones a las políticas y guías: Ninguna.

II. ASPECTOS QUE DEBEN CONSIDERARSE EN LAS CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

Condiciones previas al primer desembolso: N/A
Tipo de cambio: Para determinar el equivalente de un gasto elegible realizado en moneda local, se usará el tipo de cambio vigente en la fecha en que se efectúe el pago en la moneda local del país del prestatario, de conformidad con las condiciones generales del préstamo, artículo 4.10.b(ii).
Tipo de auditoría: Durante el período original de desembolso o cualquier prórroga de este período y dentro de un plazo de 120 días contados a partir del cierre del ejercicio fiscal, el organismo ejecutor presentará al Banco los estados financieros auditados anuales. Asimismo, presentará un estado financiero auditado final del programa dentro de los 120 días contados a partir de la fecha del último desembolso. La auditoría será realizada por un auditor externo independiente que sea elegible para el Banco. El alcance de la auditoría y las consideraciones correspondientes se regirán por la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (documento OP-273-12) y el Instructivo de Informes Financieros y Gestión de Auditoría Externa. Los costos de auditoría se financiarán con recursos del proyecto. El ejercicio fiscal comprenderá del 1 de julio al 30 de junio de cada año.

III. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

<input checked="" type="checkbox"/>	Documentos de licitación	<p>Para la adquisición y contratación de bienes, obras y servicios que no sean de consultoría y se ejecuten de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el BID (documento GN-2349-15), sujetos a una licitación pública internacional, se emplearán los documentos estándar de licitación del Banco o los que acuerden el organismo ejecutor y el Banco. De igual forma, la selección y contratación de servicios de consultoría se realizará de conformidad con las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (documento GN-2350-15) y se utilizará la solicitud de propuestas emitida por el Banco o acordada entre el organismo ejecutor y el Banco.</p> <p>La revisión de las especificaciones técnicas, así como de los términos de referencia de las adquisiciones y contrataciones durante la preparación de los procesos de selección, es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto. Esta revisión técnica podrá ser ex ante y es independiente del método de revisión de las adquisiciones y contrataciones.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	Financiamiento retroactivo de contratación anticipada	<p>El Banco podrá financiar retroactivamente los gastos elegibles realizados por el prestatario antes de la fecha de aprobación del préstamo por hasta US\$8 millones (20% del monto del préstamo propuesto). Estos gastos podrán incluir servicios de consultoría, compra de equipamiento y suministros médicos, infraestructura de salud y equipos digitales, siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos aplicables, de conformidad con los que se establecen en el contrato del préstamo. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir de la fecha de aprobación del perfil del proyecto (8 de marzo de 2021), y en ningún caso se incluirán gastos realizados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo (véanse los documentos GN-2349-15 y GN-2350-15, y la política sobre financiamiento retroactivo y contratación anticipada.)</p>

<input checked="" type="checkbox"/>	Supervisión de las adquisiciones y contrataciones	<p>El método de supervisión es ex ante. Plan de adquisiciones y contrataciones: http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=EZSHARE-1042447432-13</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Obras</td> <td style="text-align: center;">Bienes/servicios</td> <td style="text-align: center;">Servicios de consultoría</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">[14.980.000]</td> <td style="text-align: center;">[9.769.000]</td> <td style="text-align: center;">[10.275.000] empresas [4.976.000] consultores</td> </tr> </table>	Obras	Bienes/servicios	Servicios de consultoría	[14.980.000]	[9.769.000]	[10.275.000] empresas [4.976.000] consultores
Obras	Bienes/servicios	Servicios de consultoría						
[14.980.000]	[9.769.000]	[10.275.000] empresas [4.976.000] consultores						
<input checked="" type="checkbox"/>	Registros y archivos	El Ministerio de Salud llevará todos los registros y archivos electrónicos del proyecto y los conservará durante un máximo de tres años después del período de ejecución de la operación, de conformidad con las prácticas óptimas.						

Principales adquisiciones

Descripción de la adquisición	Método de selección	Nuevos procedimientos e instrumentos	Fecha estimada	Monto estimado (US\$)
Bienes				
Equipamiento médico para los centros de salud pública	Licitación pública internacional		1 de febrero de 2024	1.455.000
Obras				
Construcción de nuevas clínicas para los centros de salud pública	Licitación pública internacional		1 de mayo de 2023	12.120.000
Servicios diferentes a consultorías				
Fase 2: Ampliar y mantener la historia clínica electrónica	Licitación pública internacional		15 de enero de 2023	1.710.000
Adquirir la solución de historia clínica electrónica - Fase 1	Licitación pública internacional		1 de septiembre de 2021	1.562.500
Empresas de consultoría				
Sistema de aseguramiento de la calidad para enfermedades crónicas no	Selección basada en la calidad y el costo		1 de junio de 2022	1.900.000

Descripción de la adquisición	Método de selección	Nuevos procedimientos e instrumentos	Fecha estimada	Monto estimado (US\$)
transmisibles				
Programas de capacitación práctica para trabajadores de la salud	Selección basada en la calidad y el costo		15 de enero de 2022	1.600.000
Redes de salud con un modelo centrado en las personas y las comunidades	Selección basada en la calidad y el costo		1 de marzo de 2022	1.500.000
Personas físicas				

Para acceder al plan de adquisiciones y contrataciones, haga clic [aquí](#).

Procedimientos	Justificación de uso
----------------	----------------------

IV. ACUERDOS Y REQUISITOS RELATIVOS A LA GESTIÓN FINANCIERA

<input checked="" type="checkbox"/>	Programación y presupuesto	<p>Ley de Aumento del Presupuesto y Reformulaciones del Presupuesto. En el proyecto de ley de 2013 que modifica la Ley de Administración Financiera y Auditoría de 2010 y las reformulaciones del presupuesto se define la gestión de las finanzas públicas del país. Durante su convocatoria presupuestaria anual, el Departamento de Presupuesto del Ministerio de Finanzas envía una circular con los formularios que deben llenarse. El prestatario se ha comprometido a asignar suficiente margen presupuestario para garantizar la ejecución.</p> <p>El ejercicio fiscal es interanual y va del 1 de julio al 30 de junio.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	Tesorería y gestión de desembolsos	<p>Método de desembolso preferente: Anticipo de fondos.</p> <p>Mecanismo de desembolso: Electrónico, por medio del sistema de desembolsos en línea del BID.</p> <p>Cuenta bancaria: Cuenta bancaria especial, en dólares estadounidenses, en el Banco Central de las Bahamas.</p> <p>La revisión de los desembolsos se hará ex post.</p> <p>Considerando las posibles demoras y los procedimientos burocráticos para reunir la documentación de respaldo y tramitar los pagos, el nivel mínimo de justificación para solicitar un nuevo anticipo de fondos será del 70% del saldo acumulado total pendiente de justificación.</p> <p>Tipo de cambio: Para determinar la equivalencia de un gasto elegible realizado en moneda local, se usará el tipo de cambio vigente en la fecha en que se efectúe el pago en la moneda local del país del prestatario.</p> <p>Tipo de auditoría: Presentación de estados financieros auditados anuales dentro de un plazo de 120 días contados a partir del cierre de cada ejercicio fiscal. La auditoría será realizada, preferentemente, por una firma de auditores</p>

		<p>independientes que sea elegible para el Banco.</p> <p>El alcance de la auditoría y las consideraciones correspondientes se regirán por la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (documento OP-273-12) y el Instructivo de Informes Financieros y Gestión de Auditoría Externa. Los costos de auditoría se financiarán con recursos del proyecto.</p> <p>Ejercicio fiscal: 1 de julio al 30 de junio de cada año.</p> <p>Período abarcado por el plan financiero: seis meses.</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	Contabilidad, sistemas de información y presentación de informes	<p>El Sistema Integrado de Información de Gestión Financiera (IFMIS) no genera informes de proyectos financiados por organismos externos. Para cumplir los requisitos del BID relativos a controles internos y registros, el proyecto deberá llevar registros y sistemas auxiliares (por ejemplo, QuickBooks o un programa similar).</p> <p>Método de contabilidad y moneda: sobre la base de efectivo.</p> <p>Las normas de contabilidad específicas serán las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	Supervisión financiera del proyecto	<p>Se realizarán visitas o reuniones de inspección financiera, contable e institucional para (i) examinar la conciliación y la documentación de respaldo para los desembolsos; (ii) determinar el cumplimiento de los procedimientos financieros y de adquisiciones y contrataciones; (iii) examinar el cumplimiento con los criterios para el financiamiento; (iv) dar seguimiento a las conclusiones y recomendaciones de las auditorías y (v) revisar el avance financiero, la planificación y las proyecciones de desembolsos.</p>

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-__/21

Bahamas. Préstamo ____/OC-BH al Commonwealth de las Bahamas
Programa de Apoyo al Fortalecimiento del Sistema
de Salud de las Bahamas

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 el Commonwealth de las Bahamas, como prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de Apoyo al Fortalecimiento del Sistema de Salud de las Bahamas. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$40.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ____ de _____ de 2021)