

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

BRASIL

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN LA RED DE SALUD DE PARAÍBA

(BR-L1518)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Francisco Ochoa (SPH/CBR), Jefe de Equipo; Marcia Rocha (SPH/CBR), Jefa Alternativa de Equipo; Ian Mac Arthur (SPH/CBR); Pablo Ibararán (SCL/SPH); Nadin Medellín (SCL/SPH); Gianluca Cafagna (SCL/SPH); Leise Estevanato (FMP/CBR); David Salazar (FMP/CBR); Guillermo Eschoyez (LEG/SGO); Julio Rojas (VPS/ESG); Haroldo Vieira (CBR/CBR); e Isabel Delfs (SCL/SPH).

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

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS	2
A. Antecedentes, Problemática y Justificación.....	2
B. Objetivos, Componentes y Costo	12
C. Indicadores Claves de Resultados	13
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	14
A. Instrumentos de Financiamiento.....	14
B. Riesgos Ambientales y Sociales.....	14
C. Riesgos Fiduciarios	15
D. Otros Riesgos del Programa.....	15
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	16
A. Resumen de los Arreglos de Implementación	16
B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados	17

ANEXOS

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

ENLACES ELECTRÓNICOS

REQUERIDOS

1. [Plan de Ejecución Plurianual \(PEP\)](#)
2. [Plan de Monitoreo y Evaluación](#)
3. [Plan de Adquisiciones](#)

OPCIONALES

1. [Análisis Económico del Proyecto](#)
2. [Filtro de Política de Salvaguardias \(SPF\) y Formulario de Evaluación de Salvaguardia para la Clasificación de Proyectos \(SSF\)](#)
3. [Plan Estadual de Salud](#)
4. [Estudio de Perfil de Salud](#)
5. [Reglamento Operativo del Programa \(ROP\)](#)

ABREVIATURAS	
ACV	Accidente Cerebro-Vascular
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEFOR	Centro Formador de Recursos Humanos en Salud
CEL	Comisión Especial de Licitación
CGE	Contraloría General del Estado
CIR	Comités Intergestores Regionales
CRF	Marco de Resultados Corporativos
DEL	Documentos Estándar de Licitaciones
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
ESF	Estrategia Salud de la Familia
EP	Estrategia de País
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFAs	Informes Financieros Auditados
LACEN	Laboratorio Central del Estado
LDO	Ley de Procedimientos Presupuestales
LOA	Ley de Presupuesto Anual
LPI	Licitación Pública Internacional
LPN	Licitación Pública Nacional
MR	Matriz de Resultados
MS	Ministerio de Salud
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organismo Ejecutor
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	Plan de Adquisiciones
PACI	Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional
PIB	Producto Interno Bruto
PMR	Informe de Seguimiento de Programa
POA	Plan Operativo Anual
POD	Propuesta para el Desarrollo de la Operación
PPA	Plan Plurianual
PPI	Programación Pactada Integrada
PSF	Programa Salud de la Familia
RAS	Redes de Atención en Salud
RUE	Red de Urgencia-Emergencia
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SAMU	Servicios de Atención Móvil de Urgencia
SES	Secretaría Estadual de Salud
SEP	Solicitud Estándar de Propuestas

ABREVIATURAS	
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIM	<i>Sistema de Informações de Mortalidade</i>
SIOP	Sistema Integrado de Presupuesto y Planeamiento
SPF	Filtro de Política de Salvaguardias
SSF	Formulario de Clasificación de Proyecto
SUS	Sistema Único de Salud de Brasil
TCE/PB	Tribunal de Cuentas del Estado de Paraíba
TIR	Tasa Interna de Retorno
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UBS	Unidad Básica de Salud
UGP	Unidad de Gestión del Programa
UIS	Actualización de la Estrategia Institucional del BID
UPA	Unidad de Pronta Atención
VPN	Valor Presente Neto

**RESUMEN DEL PROYECTO
BRASIL
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN LA RED DE
SALUD DE PARAÍBA
(BR-L1518)**

Términos y Condiciones Financieras				
Prestatario: Estado de Paraíba			Facilidad de Financiamiento Flexible^(a)	
			Plazo de amortización:	25 años
Garante: República Federativa del Brasil			Período de desembolso:	5 años
Organismo Ejecutor: Estado de Paraíba, por medio de la Secretaría de Salud			Período de gracia:	5,5 años ^(b)
			Tasa de interés:	Basada en LIBOR
Fuente	Monto (US\$)	%	Comisión de crédito:	^(c)
BID (CO):	45.197.310	80	Comisión de inspección y vigilancia:	^(c)
Local:	11.436.559	20	Vida Promedio Ponderada (VPP):	15,25 años
Total:	56.633.869	100	Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América con cargo al Capital Ordinario (CO)
Esquema del Proyecto				
Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo general del programa es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de Paraíba por medio de la consolidación de las Redes de Atención en Salud (RAS) y el fortalecimiento de las capacidades de gestión de la salud por parte del Estado.				
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento: (i) creación de la Unidad de Gestión del Programa (UGP) y designación de su coordinador general; y (ii) aprobación del Reglamento Operativo del Programa (ROP), en los términos previamente acordados con el Banco (¶3.4).				
Condiciones contractuales especiales de ejecución: De manera previa al inicio de las obras bajo el Componente 2, se deberá elaborar y presentar a satisfacción del Banco: (i) un plan de salud y seguridad; (ii) un plan de gestión de residuos para la fase de construcción de las obras; y (iii) evidencia del establecimiento de un mecanismo de atención de quejas y reclamos (¶2.3).				
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):	GD <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input checked="" type="checkbox"/>	IC <input checked="" type="checkbox"/>	

^(a) Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda y de tasa de interés. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

^(b) Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

^(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); y EI (Integración Económica).

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

I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, Problemática y Justificación

1. La situación de Salud en Paraíba

1.1 El Estado de Paraíba refleja algunas de las características emblemáticas del nordeste brasileiro: avances sociales recientes y crecimiento económico por encima del promedio de Brasil, pero con desigualdades históricas y algunos de los indicadores sociales más deficientes del país. Entre 2010 y 2015, el Producto Interno Bruto (PIB) acumuló un aumento de 16,5%, superior al 5,8% de Brasil en el mismo período¹. Además, Paraíba consiguió reducir la pobreza extrema de 25% a 13,4% entre 2000 y 2010². Sin embargo, casi 46% de sus cuatro millones de habitantes viven en la actualidad en situación de pobreza³, Paraíba tiene el sexto índice de Gini más alto de Brasil, siendo de 0,563⁴, y se ubica en el puesto 21 de 27 Estados brasileiros de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁵. Por otro lado, presenta una alta concentración económica, donde apenas cinco de los 223 municipios son responsables por 60% del PIB estadual. Los altos niveles de pobreza y desigualdad, sumados a los desequilibrios entre regiones se ven directamente reflejados en los indicadores de salud de Paraíba.

1.2 **Cambios en el perfil de morbimortalidad.** Al igual que el resto de Brasil, Paraíba enfrenta un proceso de rápida transición demográfica y epidemiológica, con un aumento significativo de la población mayor de 65 años⁶, que se traduce en nuevas y cambiantes demandas sanitarias. El perfil de morbimortalidad presenta un incremento sostenido de la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), responsables por más de la mitad de las defunciones⁷, seguidas por las causas externas y las enfermedades infectocontagiosas. Las enfermedades del aparato circulatorio son la principal causa de muerte, con 30% de los casos, luego las neoplasias, con 14,6%, y las enfermedades respiratorias, con 12%⁸. También las causas externas vienen en aumento, con 12% de los casos, principalmente resultado de accidentes de tránsito y violencia. A nivel mundial, las ECNT generan costos significativos e incrementales para los servicios de salud dado que demandan una atención continua y longitudinal del paciente. Estudios muestran que los países de bajos y medios ingresos están más expuestos y son los más afectados por la ECNT ya que sus poblaciones enfrentan más factores de riesgo, como dietas no saludables, consumo de tabaco y de

¹ SEPLAG, Paraíba, 2017.

² PNUD, IPEA e FJP, 2013.

³ IBGE, 2016.

⁴ Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE), 2017.

⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El Estado también presenta gran vulnerabilidad a los efectos del cambio climático. Las previsiones hasta 2040 para Paraíba del Panel Brasileño de Cambio Climático (PBMC, por sus siglas en portugués), proyecta la disminución de 10% a 20% de las lluvias y el aumento de temperatura entre 0,5°C a 1°C. Para 2070, la elevación será de 1,5°C a 2,5°C, mientras las precipitaciones se reducirán entre 25% y 35%.

⁶ La misma pasó de 9% a 12% entre 1991 y 2010, mientras que la población menor a 15 años cayó de 37,7% a 25,3% en ese período. IBGE, censos demográficos 1991 y 2010.

⁷ 35% de la población de Paraíba tiene por lo menos una ECNT. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2014.

⁸ DATASUS, 2017.

alcohol⁹, y baja calidad de agua y de aire. Además, tienen acceso limitado a servicios de salud adecuados y cuentan con escasos recursos financieros para hacer frente a una enfermedad de largo plazo¹⁰.

- 1.3 **Salud materno-infantil.** A pesar de haberse reducido sustancialmente en los últimos 15 años, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se mantiene elevada en Paraíba, siendo de 13,3 por 1.000 Nacidos Vivos (NV), presionada, sobre todo, por el componente neonatal prematuro (entre 0 y 6 días de vida), responsable por cerca de 80% del indicador. La mortalidad neonatal (principalmente la prematura) está relacionada con causas prevenibles como el bajo peso, el riesgo gestacional y la condición del recién nacido, directamente asociados a la asistencia prenatal y al parto adecuados. Por su parte, la tasa de mortalidad materna muestra una tendencia creciente desde 2010 (47,46 por 100.000 NV), llegando a 62,7 por 100.000 mil NV en 2017, casi duplicando la meta de Brasil en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de alcanzar 35 muertes por 100.000 NV en 2015. En Paraíba, cerca de 80% de las muertes maternas se deben a las causas obstétricas directas, o sea, aquellas vinculadas a las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio resultantes de errores en las intervenciones, tratamientos incorrectos, omisiones o cualquiera de estos factores asociados.
- 1.4 **El modelo de atención del Sistema Único de Salud (SUS).** El SUS fue instituido en la Constitución de Brasil de 1998 y es una política de Estado que establece el acceso universal, gratuito e integral a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, organizados en Redes de Atención en Salud (RAS)¹¹ regionales jerarquizadas, con la participación complementaria del sector privado. Para conseguir impactos en los resultados de salud, las RAS deben contar con protocolos clínicos que definan las intervenciones apropiadas para una condición, los niveles responsables de la atención y los flujos a lo largo de la cadena de servicios. Estos protocolos delimitan líneas de cuidado, es decir, itinerarios asistenciales continuos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación del paciente en base a los servicios disponibles en la red. Aunque el SUS es altamente descentralizado, cada nivel de gobierno tiene responsabilidades diferentes y complementarias en su ejecución: (i) el gobierno federal planifica, fiscaliza y co-financia los servicios; (ii) los Estados organizan sus propias redes de salud de acuerdo con su perfil demográfico y epidemiológico, co-financian a los municipios y son proveedores complementarios de servicios de media y alta complejidad; y (iii) los municipios son responsables exclusivos de proveer la Atención Primaria de Salud (APS) y, de acuerdo a su tamaño, ofrecen servicios de media y alta complejidad localizados en su territorio.
- 1.5 **La estructuración del SUS en Paraíba.** El Estado de Paraíba posee un alto nivel de cobertura de la APS, de 95%, una de las más elevadas del país, y cerca de 88% de la población paraibana depende exclusivamente de los servicios públicos de salud. La red de APS, que es de responsabilidad de los municipios, cuenta con

⁹ Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014. *The Emerging Global Health Crisis: Noncommunicable Diseases in Low and Middle-Income Countries*. Council on Foreign Relations, 2014.

¹⁰ Kankeu, Hyacinthe et al. *The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review*. Health Research Policy and Systems 2013.

¹¹ Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279.

1.600 Unidades Básicas de Salud (UBS) y se estructura bajo el modelo de la Estrategia de Salud de Familia (ESF)¹², que cuenta con equipos multidisciplinares organizados territorialmente y con una población referenciada¹³. Sin embargo, pese a la alta cobertura, la APS en Paraíba enfrenta retos importantes de calidad y eficiencia. Un ejemplo que ilustra estos desafíos es la tasa de detección tardía de la sífilis durante el embarazo, dado que apenas 21% de los casos son identificados en el primer trimestre, a pesar del alto cumplimiento de los siete controles prenatales (66% de las embarazadas en 2016) recomendados por el Ministerio de Salud (MS), corroborando las fallas de calidad. Asimismo, estudios con análisis envolvente de datos demuestran que apenas 9% de los municipios del Estado son plenamente eficientes¹⁴ en el uso de los recursos de la APS, evidenciando que existen márgenes significativos de mejora en su gestión. En respuesta a su perfil epidemiológico, Paraíba viene priorizando la implementación de las líneas de cuidado materno-infantil, oncológica, de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, y trauma.

- 1.6 **Una oferta de media y alta complejidad desigual.** Paraíba cuenta con una red propia de 33 hospitales, la cual complementa servicios municipales tanto en la oferta de camas como de consultas, exámenes y terapias especializadas¹⁵. Sin embargo, la red de servicios públicos de salud se encuentra distribuida de forma desigual en el territorio, generando importantes vacíos asistenciales en algunas regiones, especialmente en el oeste de Paraíba (macrorregión III). Por ejemplo, 76% de la atención de media y alta complejidad está concentrada en los tres mayores municipios del Estado¹⁶ y los municipios con menos de 20.000 habitantes (que concentran 65% de la población) no cuentan con oferta de estos servicios, resultando en una fuerte dependencia de los municipios mayores. En principio la estructuración de las RAS y la adopción de acuerdos de prestación de servicios entre municipios y entre éstos y el Estado deberían ayudar a superar la configuración desigual de servicios y garantizar acceso oportuno de las poblaciones de los pequeños municipios. No obstante, actualmente los instrumentos de acuerdo son frágiles, con mecanismos de monitoreo, gestión e incentivos débiles, generando incumplimientos sistemáticos de los pactos regionales.

¹² La evidencia muestra que la Estrategia Salud de Familia es la más eficiente para la APS en Brasil. *Macinko J, et al., 2006 "Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002."* y *Macinko J, et al. 2007. "Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004"*.

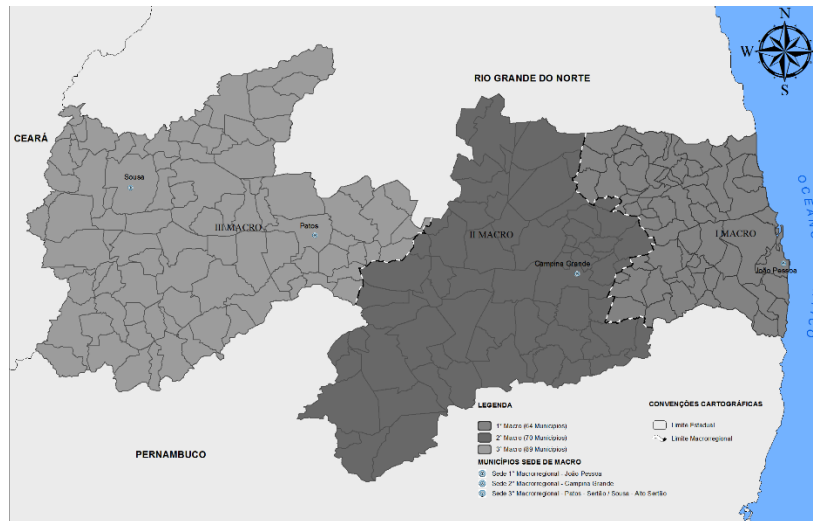
¹³ Cada ESF es responsable de 4.000 personas como máximo, siendo la media recomendada de 3.000 personas.

¹⁴ *Silva et al. Avaliação da eficiência na atenção básica à saúde no Estado da Paraíba: uma análise via modelo de regressão beta inflacionado. Ciência e Natura, Santa Maria. V.40, 2018.* De acuerdo con la metodología aplicada, fueron creados criterios para definir gradaciones de scores entre 0 y 1, para medir la eficiencia de los municipios, siendo 0 nada eficientes y 1 plenamente eficientes.

¹⁵ El Estado de Paraíba, siguiendo la normativa del MS, está organizado en 16 regiones y tres macrorregiones de salud (*João Pessoa, Campina Grande y Patos*). Cada macrorregión cubre entre 800.000 y 1,7 millón de habitantes y está estructurada en torno a las principales áreas metropolitanas.

¹⁶ SIOPS, 2018. La aglomeración de servicios también se verifica en la tasa de óbitos por municipio. João Pessoa, Campina Grande y Santa Rita concentran cerca de 35% de las muertes ocurridas en 2016.

Mapa 1: Macrorregiones de Salud del Estado de Paraíba



- 1.7 **La red materno-infantil.** El Estado cuenta con una red propia de cuatro maternidades y dos hospitales generales con servicios obstétricos que funcionan como servicios de referencia regionales, sobre todo, para el parto de alto riesgo. Se trata de una red con infraestructuras insuficientes y fuera de las normas sanitarias actuales. En los últimos años, Paraíba viene intentando revertir este cuadro por medio de su adhesión a la estrategia nacional de la Red *Cegonha*¹⁷, que busca garantizar la atención integral del embarazo, parto y puerperio. La misma cuenta con planes de acción basados en diagnósticos regionales, con el objetivo de sanar las brechas de atención, consolidando la red materno-infantil en todo el Estado. Los diagnósticos regionales señalan, principalmente, los déficits de oferta en los servicios de atención al parto y en los cuidados intensivos neonatales en maternidades y hospitales de referencia regionales. Otro componente importante de la red materno-infantil es el Laboratorio Central del Estado (LACEN), principal referencia estadual de vigilancia materno-infantil y responsable de 80% de los exámenes neonatales, de alta complejidad, en Paraíba.
- 1.8 **La red de urgencia-emergencia.** Por último, para el tratamiento de condiciones agudas, la Red de Urgencia-Emergencia (RUE) de Paraíba está formada por 10 Unidades de Pronto Atención (UPA) que cubren 90% del territorio del Estado, así como por seis hospitales de emergencia. Además, en años recientes fueron expandidos los Servicios de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) y hoy se dispone de 106 bases descentralizadas. Esta red está preparada principalmente para responder a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, además de trauma. Las puertas de urgencia de la RUE atienden un gran número de cuadros agudos que, considerando el perfil de morbilidad de Paraíba, deberían ser tratados de forma preventiva por un sistema de salud volcado a las ECNT. La RUE cuenta con una incipiente central de regulación que busca reducir los desequilibrios de oferta y de acceso a servicios por parte de los usuarios.

¹⁷ Resolución Nº 1489 del 24 de junio de 2011, Ministerio de Salud.

2. Un modelo de organización de la salud incompleto

- 1.8 Aunque la Secretaría Estadual de Salud (SES) tiene el mandato de ser gestor estratégico de la atención en salud y proveer servicios de media y alta complejidad, hoy cuenta con escaso control sobre la red de servicios. Por un lado, esto se debe a que el Estado carece de sistemas de información para la planificación regional, con mecanismos de inducción a la oferta equitativa de servicios por parte de los municipios. Por otro lado, los municipios paraibanos poseen la gestión plena de la salud¹⁸, es decir reciben financiamiento directamente del Gobierno Federal y del Estado y gerencian servicios en su territorio, incluso los hospitales estaduais, sin necesidad de coordinar la atención con la SES. Los municipios aportan 28% de los recursos financieros de la salud¹⁹, pero deciden por 64% del total de gastos, sin muchas veces considerar las realidades epidemiológicas regionales. Aunque Paraíba utiliza el principal mecanismo del SUS de concertación entre oferta y demanda de servicios de media y alta complejidad, conocido como Programación Pactada Integrada (PPI)²⁰, la SES enfrenta dificultades para regular la oferta de servicios y de camas hospitalarias de acuerdo con las cambiantes necesidades epidemiológicas de cada región al no contar con sistemas de información y monitoreo que le permitan administrar los recursos de forma más eficiente.
- 1.9 **Importantes vacíos asistenciales:** los factores mencionados anteriormente contribuyen para que amplias regiones de Paraíba no cuenten con servicios de media y alta complejidad. Por ejemplo, en oncología no existen servicios públicos de alta complejidad en 89 municipios del oeste de Paraíba, lo que obliga a los pacientes a trasladarse entre 180 y 500 kilómetros para recibir atención²¹. Esto se ve reflejado en la sobreocupación y en las demoras en el agendamiento de cirugías electivas y de tratamientos de especialidades médicas en hospitales de referencia, localizados principalmente en la capital del Estado. Por ejemplo, en 2014, 70% de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata demoraron más de 60 días para poder iniciar su tratamiento²². Estas desigualdades regionales también pueden comprobarse en las diferencias de gasto en salud por región: mientras que en João Pessoa (macrorregión I) el gasto anual per cápita en 2013 fue de R\$695, en Patos (macrorregión III) fue de R\$485.
- 1.10 **Baja implementación de las líneas de cuidado:** el cuidado continuo e integral del paciente con ECNT en los tres niveles de complejidad (básica, media y alta) es fundamental para prevenir agravamientos de condiciones de salud, para lo cual es necesario contar con prácticas clínicas homogéneas, con la historia clínica del paciente y con una interlocución dinámica entre los profesionales de referencia y contrarreferencia. Algo similar ocurre con la atención del embarazo durante un periodo más acotado. Sin embargo, en la práctica la continuidad de la atención en

¹⁸ De acuerdo a la Norma Operacional Básica 96. En la práctica, la mayoría de los municipios tienen capacidad limitada para ofrecer todos los procedimientos complejos previstos y para atender las demandas de la población referenciada de municipios vecinos.

¹⁹ La enmienda constitucional N° 29 determina que los municipios deben destinar como mínimo 15% de sus recursos de recaudación para financiar la salud.

²⁰ Establecida por el Reglamento Ministerial 1097/2006. Por medio de ella, los municipios se comprometen a proveer prestaciones específicas y el MS garantiza el financiamiento correspondiente. El Estado debe ser el articulador y supervisor de la PPI.

²¹ Sistema de Informaciones sobre Presupuesto Público en Salud (SIOPS).

²² Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Paraíba es escasa y se encuentra una gran fragmentación a nivel de los territorios, en parte debido a la falta de directrices claras²³ y de un esfuerzo sistemático en su implementación. Por ejemplo, un estudio muestra que 63% de los equipos de la APS no mantienen un registro de acompañamiento de pacientes derivados a otros niveles de atención²⁴. Esto se refleja en ineficiencias, como la duplicación de servicios diagnósticos y asistenciales y fallas en el acompañamiento del paciente. A pesar de los esfuerzos realizados para capacitar en la implantación de las líneas de cuidado y en acompañar a los profesionales de la APS por medio del Centro Formador de Recursos Humanos en Salud (CEFRO), es baja la adhesión a estas líneas, incluyendo a los protocolos clínicos y flujos de atención predefinidos.

- 1.11 **Un sistema judicializado:** al igual que otros estados, Paraíba recibe demandas permanentes del Poder Judicial que obligan a cumplir con procedimientos médicos que constan en la Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud (y que no están disponibles para el usuario) o que están fuera de la Lista, sobre todo medicamentos de alto costo. Es recurrente también la judicialización de medicamentos y terapias que no fueron aprobadas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa). Estos procesos se ven agravados principalmente por: (i) el conocimiento limitado del Poder Judicial sobre la actuación del sistema de salud; (ii) el escaso diálogo técnico entre ambas instancias; y (iii) la ausencia de sistemas de información que permitan resolver demandas de forma ágil e identificar inconsistencias. La judicialización genera un fuerte impacto en el presupuesto de salud. En 2017, la SES gastó casi US\$15 millones²⁵ en medicamentos de demanda judicial, lo que representa 78% del presupuesto estadual para fármacos.
- 1.12 **Sistemas de información limitados:** la SES no cuenta con un sistema integrado de informaciones que le permita identificar déficits, monitorear indicadores epidemiológicos en tiempo real y tomar decisiones gerenciales para la asignación de recursos, lo que contribuye a la falta de control sobre la red pública de salud. La ausencia de una central única de regulación impide organizar el flujo de agendamiento de consultas, reducir las filas de espera y el ausentismo (falta a consultas previamente agendadas) y priorizar la oferta de servicios para las regiones desatendidas. Además, los 33 hospitales no cuentan con sistemas de información y sólo algunos de ellos utilizan prontuario electrónico de pacientes.
- 1.13 **Deficiencias de infraestructura y calidad:** la red de hospitales del Estado presenta en muchos casos infraestructuras con alto grado de deterioro y espacios inadecuados para prestar los servicios clínicos de conformidad con las normas. Asimismo, una parte significativa del equipamiento médico ha sobrepasado su vida útil o posee tecnología desfasada y debe ser reemplazado. Por otro lado,

²³ Por ejemplo, un estudio realizado en el municipio de Campina Grande (segundo mayor del Estado) mostró la coexistencia de prácticas clínicas diversas en un mismo territorio. *Sampaio, Juliana et al. O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Volume 16 Número 3, 2012.*

²⁴ Lacerda, Ane et al. *Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. SAÚDE DEBATE, 2014.*

²⁵ Por ejemplo, los medicamentos para el tratamiento del cáncer consumen 44% de estos recursos. Núcleo de Asistencia Farmacéutica - NAF de la SES.

existen cerca de 90 hospitales públicos municipales de pequeño porte, es decir, que cuentan con menos de 50 camas y tienen poca capacidad resolutive. Paraíba tiene uno de los promedios más altos de Brasil de tiempo de permanencia en internaciones hospitalarias²⁶. Por todo esto, es necesario reorganizar y racionalizar la red hospitalaria para reducir ineficiencias y aumentar la regionalización de servicios.

3. Avances recientes y necesidades de consolidación del modelo de RAS

- 1.14 Al igual que los demás Estados brasileiros, Paraíba enfrenta importantes restricciones financieras debido al aumento creciente del gasto público y a la caída de la recaudación fiscal. Actualmente la SES destina los recursos previstos por ley al financiamiento de la salud²⁷ y, frente a un contexto de crecientes demandas motivadas por la transición epidemiológica, tiene condiciones limitadas para incrementar el mismo. De esta manera, es esencial implementar medidas para mejorar la eficiencia del gasto, garantizando servicios de salud de calidad y en forma oportuna para la población.
- 1.15 Frente a este contexto, el Gobierno de Paraíba se propuso impulsar una amplia reorganización del SUS, para transformarlo desde un sistema reactivo, enfocado en el tratamiento de cuadros agudos, hacia un sistema preventivo y de acompañamiento longitudinal de la salud, especialmente de las condiciones crónicas. Esta estrategia, definida en el Plan Estadual de Salud 2016-2019, tiene como ejes la expansión de las RAS prioritarias, el aumento de la regulación de servicios y camas hospitalarias para garantizar el acceso oportuno y equitativo, y la ampliación y fortalecimiento de la atención especializada. Para esto, se están implementando gradualmente nuevas estrategias de acuerdo bipartito (Estado-municipios), tales como la instauración de comités macrorregionales de gobernanza²⁸ de las RAS, la cualificación permanente de los Comités Intergestores Regionales (CIR)²⁹ y el uso de tecnologías para monitorear los acuerdos de oferta de media y alta complejidad. También están siendo implantados de forma incipiente tres complejos reguladores de consultas especializadas y camas hospitalarias en las macrorregiones I, II y III, así como un complejo regulador central para intermediar los desequilibrios de oferta y de acceso de pacientes entre macrorregiones, monitorear el cumplimiento de los acuerdos bipartitos y utilizar incentivos financieros, como pagos por cumplimiento de la PPI, para garantizar la atención oportuna de toda la población. El programa aquí propuesto va a contribuir a consolidar estas reformas por medio de la implantación de un sistema de información y gestión central de la salud en la SES,

²⁶ DATASUS, 2018.

²⁷ La enmienda constitucional 29/2000 prevé un gasto mínimo en salud, para los Estados de 12% de la recaudación de impuestos y tributos específicos. Paraíba gastó 13% en 2016.

²⁸ Estos comités son la instancia única de gobernanza de toda la red macrorregional y están integrados por gestores estaduais, municipales y por prestadores de servicios de salud. Cada comité debe elaborar un Plan Integrado Regional de Atención.

²⁹ Los CIR son instancias deliberativas compuestas por representantes del Estado y todos los secretarios municipales de salud de un determinado territorio (región de salud) con capacidad de provisión de servicios de salud en distintos niveles de atención.

la expansión del uso del prontuario electrónico y la integración de la red de datos clínicos y administrativos de las 33 unidades estatales³⁰.

- 1.16 En cuanto a las redes prioritarias, en el caso de la materno-infantil el gobierno continúa expandiendo la Red *Cegonha* por medio del apoyo técnico a servicios de referencia regionales para el cumplimiento de los protocolos clínicos. En este marco, la SES estableció en 2011 la red de cardiología pediátrica y perinatología, destinada a identificar precozmente cardiopatías congénitas, contribuyendo al enfrentamiento de la mortalidad infantil, especialmente la neonatal. Representa una estrategia exitosa del Estado que articula una red de 21 maternidades de referencia y utiliza la telemedicina para el diagnóstico rápido y la descentralización de algunos servicios³¹. En el caso de las ECNT, Paraíba viene estructurando una red estadual en articulación con los municipios, que garantice la detección oportuna y el cuidado continuo del paciente. Dado que las enfermedades del aparato circulatorio son la principal causa de muertes, el Estado se encuentra reestructurando todos los servicios de urgencia y la APS para el diagnóstico rápido del ACV e infarto, garantizando las primeras atenciones en tiempo oportuno, las cuales son clave para ampliar las chances de supervivencia y para reducir las secuelas. Para dar seguimiento a los cuidados una vez que el paciente está estabilizado, el Estado prevé dos servicios hospitalarios de referencia, localizados en regiones estratégicas (macrorregiones I y III), asegurando una red de acceso oportuno para todo el territorio. En 2017, el Estado logró implementar el servicio de referencia en la macrorregión I (Hospital Metropolitano don José María Pires), aunque la red se encuentra incompleta por no estar aún operativo el servicio de la macrorregión III. Sumados a estos esfuerzos, el Estado viene consolidando la red oncológica, enfocada en el tratamiento de los tipos de cáncer más prevalentes: mama, cuello de útero, próstata, cabeza y cuello. Actualmente la red cuenta con cuatro servicios públicos de oncología, localizados en João Pessoa y Campina Grande (macrorregiones I y II), que son referencia para todo el territorio, pero no cuenta con servicios en Patos (macrorregión III).
- 1.17 Para reducir las desigualdades entre regiones es fundamental expandir estas redes, con un rol más activo del Estado en la coordinación de servicios y en la reducción de vacíos asistenciales, organizando la asistencia de manera jerarquizada y con flujos de referencia y contrarreferencia claramente definidos en cada macrorregión. El rediseño e implementación de protocolos clínicos y la capacitación de profesionales de salud a través del CEFOR, son acciones claves financiadas por este programa que contribuirán al fortalecimiento de las RAS. En cuanto a la mejora de la capacidad de las unidades de salud de media y alta complejidad que atienden a la salud materno-infantil y a las condiciones crónicas de mayor prevalencia (AVC, infarto y cáncer), el programa contribuirá a los esfuerzos del Estado mediante la reforma y ampliación de cinco maternidades de riesgo, del Hospital Regional de Patos (macrorregión III), del LACEN y el

³⁰ Aunque este programa no financiará directamente nuevos servicios municipales, se espera que el fortalecimiento de las capacidades de gestión de la SES contribuya a mejorar la implementación y seguimiento de los acuerdos existentes entre el Estado y los municipios.

³¹ En seis años, fueron atendidos 197.000 niños y realizadas 510 cirugías. La incidencia de las cardiopatías es de 11 niños por cada 1.000 nacidos vivos.

equipamiento de unidades de referencia, como el Hospital Metropolitano Don José María Pires y el Hospital de Itaporanga.

- 1.18 El valor agregado de este programa está dado por su combinación de: (i) mejoras en la oferta de servicios clave en las regiones más relegadas, de acuerdo al perfil epidemiológico descrito; (ii) el fortalecimiento de la red de servicios basada en la APS, a través del aumento de las capacidades clínicas y la formación permanente de los equipos en los protocolos de líneas de cuidado, para reducir el número de complicaciones y hospitalizaciones evitables; y (iii) la ampliación de las capacidades de gestión estratégica del Estado, especialmente por medio de sistemas de información, para hacer un uso más eficiente de los recursos. Se espera contribuir a la expansión del modelo de redes, promoviendo la integralidad de la atención, mejorando la capacidad resolutive de la APS, reorganizando servicios, reduciendo brechas regionales de oferta y fortaleciendo el rol estratégico de la SES.
- 1.19 **Lecciones aprendidas y operaciones relacionadas.** Este programa formará parte de la cartera de salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en Brasil, la cual cuenta con cinco programas en ejecución (3051/OC-BR, 3262/OC-BR, 3703/OC-BR, 3400/OC-BR y 3678/OC-BR), de los cuales se han extraído valiosas lecciones, y ha sido preparado en forma simultánea con la operación BR-L1429 (4641/OC-BR), del Municipio de San Pablo. De la operación 3051/OC-BR (Fortalecimiento de la Gestión de Salud del Estado de San Pablo) se incorpora en este programa la importancia de la organización de los servicios en redes regionalizadas jerárquicas, para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes (Componente 1 y 2). Por su parte, del 3703/OC-BR (Programa de Expansión y Mejora de la Atención Especializada en Salud del Estado de Ceará) se incorporó la necesidad de contar con modelos avanzados y flexibles de gestión de la salud para responder a las complejidades de cada región y a las demandas epidemiológicas cambiantes (Componente 1). Por último, del 3400/OC-BR (Programa de Fortalecimiento de la Inclusión Social y de Redes de Atención en Fortaleza) se tomó en cuenta el rol crítico de las tecnologías, tal como el prontuario electrónico, para acompañar la trayectoria del paciente y así racionalizar el uso de exámenes diagnósticos y tratamientos, contribuyendo a la eficiencia del gasto (Componente 1).
- 1.20 El programa busca contribuir a la agenda de innovación por medio del financiamiento de nuevas tecnologías de salud, lo cual incluye el uso de sistemas gerenciales de información, el desarrollo de un aplicativo para el monitoreo de los acuerdos de gestión Estado-municipios y el impulso al uso de tecnologías asistenciales, especialmente la telemedicina.
- 1.21 **Alineación estratégica.** Este programa es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional del BID 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente con el desafío de desarrollo de inclusión social e igualdad por medio de la mejora de calidad de los servicios de salud, que se verifica en los indicadores de impacto de reducción de la tasa de mortalidad materna por causas directas (obstétricas) y de la tasa de internaciones por condiciones sensibles a la APS. El programa también se alinea con las áreas transversales de: (i) igualdad de género y diversidad, por medio del fortalecimiento de los servicios materno-infantiles, especialmente neonatales, y del uso de protocolos diferenciados para pacientes

con ECNT (¶1.22); (ii) cambio climático y sostenibilidad ambiental, a través de la incorporación de medidas de eficiencia energética y ahorro de agua en las obras de reforma de edificaciones y la compra de equipamientos eficientes energéticamente. Aproximadamente el 3,09% de los recursos de la operación se invierten en actividades de mitigación al cambio climático, según la [metodología conjunta de los BMD de estimación de financiamiento climático](#). Estos recursos contribuyen a la meta del Grupo BID de aumentar el financiamiento de proyectos relacionados con el cambio climático a un 30% de todas las aprobaciones de operaciones a fin de año 2020; y (iii) capacidad institucional y estado de derecho, mediante el aumento de la gobernanza del sistema de salud por parte de la SES y la mejora en la calidad de servicios de salud. Adicionalmente, el programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante el incremento de beneficiarios que reciben servicios de salud. Por otra parte, el programa responde a la Estrategia de País del Grupo BID con Brasil 2016-2018 (GN-2850) que identifica como objetivo estratégico la ampliación y mejora de la red de APS e incluye un indicador de reducción de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria³². Además, está incluido en la Actualización del Anexo III sobre el Programa de Operaciones de 2018 (GN-2915-2). Adicionalmente, la operación es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) al promover la consolidación de las redes integradas basadas en la APS y la mejora de la planificación y el uso de instrumentos de gestión. Asimismo, es consistente con el Marco Sectorial de Género y Diversidad (GN-2800-8), en su línea de acción de mejorar el bienestar de las mujeres, las niñas y los niños mediante el incremento de acceso a servicios públicos de calidad. Finalmente, el programa está alineado con la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4) en la quinta área estratégica, de enfrentamiento de la doble carga de enfermedades.

- 1.22 En relación con el área de género citada previamente, el programa responde a la Política de Igualdad de Género (OP-761), ya que se propone contribuir a la igualdad de género y no discriminación de los beneficios mediante el fortalecimiento de la red materno-infantil, que se concretará en la reforma de cinco maternidades de referencia y la mejora del acompañamiento de gestantes de alto riesgo gracias a la expansión de las líneas de cuidado, así como a través de la reforma del LACEN. También los servicios que tratan pacientes con ECNT profundizarán el uso de protocolos diferenciados por género, tomando en cuenta las diferencias biológicas y los roles de género, los cuales determinan usos diferentes de los servicios de salud y estrategias disímiles de cuidado personal. Estos comportamientos determinan tanto la incidencia de las ECNT como sus consecuencias³³.

³² El programa se enmarca dentro del enfoque de implementación previsto en la Estrategia de País (EP) con Brasil 2016-2018 (GN-2850) de reducción de las desigualdades socio-económicas regionales (párrafo 3.74 de la EP).

³³ WHO, 2009. *Global health risks: mortality and burden disease attributable to selected major risks*; Schramm, J. et al.; *Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil Gender inequalities in non-communicable disease mortality in Brazil*. Stevens A. et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, Vol.17(10), p.2627. Barker, Gary, Ricardo, Christine and Nascimento, Marcos. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. WHO, Geneva, 2007; Pathania, V.S. *Women and the smoking epidemic: Turning the tide*. 2011. *Bulletin of the World Health Organization* 89:162-162. DeVon HA, et al. *Symptoms across the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men*. 2008. *American Journal of Critical Care*.

B. Objetivos, Componentes y Costo

- 1.23 El objetivo general del programa es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de Paraíba por medio de la consolidación de las RAS y el fortalecimiento de las capacidades de gestión de la salud por parte del Estado. Los principales beneficiarios del programa serán aproximadamente 3,4 millones de personas que dependen del SUS para su atención de salud y que serán impactados por el fortalecimiento de las RAS, resultante de la implementación de sistemas de gestión y de las líneas de cuidado, así como a través de las mejoras en las unidades estaduais de salud.
- 1.24 **Componente 1: Fortalecimiento de la Gestión del SUS y mejora de la calidad de los servicios (BID US\$14,3 millones; Local US\$9,2 millones).** Este componente tiene por objetivo apoyar la mejora de la capacidad de la SES en su rol estratégico, inductor y gerencial para la operación eficiente de las RAS en Paraíba. Se financiará, entre otros: (i) el desarrollo y adquisición de un sistema estratégico de gestión de información y de bases de datos para la toma de decisiones gerenciales; (ii) infraestructura tecnológica para los treinta y tres (33) hospitales estaduais; (iii) implementación del prontuario electrónico del paciente en las unidades de gestión estadual y de la historia clínica en por lo menos cuatro UPA; (iv) rediseño e implementación de protocolos clínicos para las condiciones crónicas prevalentes; (v) desarrollo de instrumentos innovadores de concertación regional bipartita (Estado-municipios) y de inducción a la eficiencia del gasto en salud, tal como el sistema de monitoreo de acuerdos intergestores de oferta de servicios de media y alta complejidad, un aplicativo de monitoreo y la cualificación de los CIR; (vi) ejecución de una campaña de educación en prevención y autocuidado en salud; (vii) implementación de una estrategia de reducción de la judicialización de la salud, por medio de consultorías y capacitaciones, especialmente del Ministerio Público Estadual; (viii) reforma y mejora de procesos de salud materno-infantil del LACEN; y (ix) reforma y ampliación del CEFOR para la formación de aproximadamente 7.500 profesionales de la APS.
- 1.25 **Componente 2: Consolidación de las Redes de Atención en Salud (BID US\$28 millones; Local US\$2,2 millones).** Este componente ampliará la oferta y calidad de servicios de media y alta complejidad³⁴, especialmente en las líneas de cuidado materno-infantil, oncológica y de enfermedades crónicas. Se prevé financiar, entre otros: (i) la reforma y ampliación de cinco maternidades de alto riesgo³⁵ y la implementación de un programa de fortalecimiento del pre-natal, parto y puerperio; (ii) la reforma, adecuación y adquisición de equipamientos para servicios de oncología en el Hospital Regional de Patos (macrorregional III); y (iii) la adquisición de equipamientos para servicios de

³⁴ Los diseños arquitectónicos y especificaciones técnicas preliminares de estas obras pueden consultarse en el [siguiente link](#).

³⁵ Son el Hospital Regional de Cajazeiras, el Complejo de Salud de Guarabira, el Hospital Edson Ramalho, la Maternidad Frei Damião y la Maternidad Peregrino Filho. En conjunto, realizaron 12.700 partos en 2017, es decir, 30% de los partos registrados.

neurología y cardiología del Hospital Metropolitano Don José María Pires (macrorregión I) y del Hospital de Itaporanga (macrorregión III)³⁶.

- 1.26 **Componente 3: Monitoreo, evaluación y administración (BID US\$2,8 millones).** Este componente apoyará a la SES en la ejecución del programa a través de una Unidad de Gestión del Programa (UGP), por medio de la gestión efectiva de actividades previstas y el acompañamiento de resultados. Serán financiados también una evaluación de impacto, así como la auditoría financiera.

C. Indicadores Claves de Resultados

- 1.27 **Impactos esperados.** Los indicadores de impacto reflejados en la Matriz de Resultados (MR) están relacionados principalmente con la reducción de la mortalidad prematura por ECNT y de la mortalidad materno-infantil, principales desafíos en salud de Paraíba. Se destaca el seguimiento de indicadores como la tasa de mortalidad materna por causas directas (obstétricas), la tasa de mortalidad prematura por accidentes cerebro-vasculares y la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus, todas las cuales se espera impactar positivamente a través del fortalecimiento de las RAS, la ampliación de capacidad de servicios de alta complejidad y la mejora de la gestión estratégica por parte de la SES.
- 1.28 **Resultados esperados.** En términos de resultados, fueron seleccionados múltiples indicadores vinculados a la lógica vertical y a las actividades financiadas por el programa. Algunos de ellos son: (i) tasa de hospitalización por accidente cerebro-vascular; (ii) porcentaje de partos normales realizados en la red SUS estadual; y (iii) embarazadas con diagnóstico de sífilis y tratamiento prescrito. Además, para contribuir al marco de resultados corporativos, fue incluido un indicador de “número de personas que reciben servicios de salud” de alta complejidad.
- 1.29 **Análisis económico.** Las estrategias impulsadas en esta operación se basan en la evidencia sobre la efectividad del modelo de cuidado mediante redes de atención en salud. Con base en evidencia específica para Brasil, en el Análisis Económico (AE) ([EEO#1](#)) se cuantifican los beneficios incrementales derivados de las inversiones del programa que incluyen: (i) ganancias en productividad por la reducción de la morbimortalidad asociada a la mayor cobertura, calidad y gestión de los servicios de las RAS; (ii) ahorros en gasto hospitalario por reducción de internaciones por condiciones sensibles a la APS; y (iii) ganancias por la implementación de las líneas de cuidado. El análisis cuantifica los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) que se pueden ahorrar por la implementación de las inversiones en un contexto de redes, analizando el aumento en cobertura efectiva y el tiempo que toma materializar los resultados. En el escenario base de cobertura efectiva, con supuestos conservadores en términos de la efectividad de las intervenciones, en un horizonte de cinco años y usando una tasa de descuento

³⁶ Para las reformas de las cinco maternidades, así como del LACEN y CEFOR (Componente 1) se incorporarán las siguientes medidas de eficiencia energética y ahorro de agua: aprovechamiento de aguas pluviales y recuperación del agua condensada en los sistemas de aire acondicionado, uso de equipamientos de aire acondicionado con etiqueta de eficiencia energética, utilización de bombillas ahorradoras de energía y calentadores solares.

de 3%³⁷, el rango de la relación beneficio/costo es de 1,57. Asimismo, los análisis de sensibilidad en un horizonte de diez años muestran que el ratio beneficio/costo es superior a 1 incluso en los escenarios menos favorables. En el escenario más realista, es decir el de cobertura media con vector de gradualidad regular, el Valor Presente Neto (VPN) del programa considerando una tasa de descuento del 3% es US\$10.071.538 y la Tasa Interna de Retorno (TIR) es 13,9%.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de Financiamiento

- 2.1 El programa se estructura bajo la modalidad de préstamo de inversión específico por un monto total de US\$56.633.869 y se financiará con un préstamo de hasta US\$45.197.310 de los recursos del Capital Ordinario (CO) del Banco y un aporte de US\$11.436.559 de contrapartida local según se presenta en el cuadro II-1. El periodo de desembolsos será de cinco años.

Cuadro II-1. Resumen de Costos del Programa (US\$)

Componentes	BID	Local	Total	%
Componente 1. Fortalecimiento de la Gestión del SUS y mejora de la calidad de los servicios	14.370.254	9.212.220	23.582.474	42
Componente 2. Consolidación de las Redes de Atención en Salud	27.988.344	2.224.339	30.212.683	53
Componente 3. Monitoreo, evaluación y administración	2.838.712	0	2.838.712	5
Total	45.197.310	11.436.559	56.633.869	100

Cuadro II-2 Flujo de Desembolsos (US\$)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	TOTAL
BID	3.370.124	18.521.671	11.549.343	10.647.251	1.108.921	45.197.310
Local	1.082.513	3.180.150	1.947.249	1.717.985	3.508.662	11.436.559
Total	4.452.637	21.701.821	13.496.592	12.365.236	4.617.583	56.633.869
%	8%	38%	24%	22%	8%	100%

- 2.2 **Análisis Financiero.** De acuerdo con la evaluación financiera realizada por la Secretaría del Tesoro Nacional, el Estado de Paraíba ha sido clasificado con categoría "B" por su bajo endeudamiento, nivel adecuado de gastos corrientes y obligaciones financieras (diciembre 2017). Para la autorización de la firma del respectivo contrato de préstamo, el Gobierno Federal de Brasil analizará nuevamente la situación fiscal de Paraíba a fin de otorgar su aprobación final.

B. Riesgos Ambientales y Sociales

- 2.3 De acuerdo con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias del BID (OP-703), el programa ha sido clasificado como de Categoría "C" dado que se anticipan impactos socioambientales negativos conexos mínimos o nulos.

³⁷ Como se explica en la página 12 del [EEO#1](#), la tasa de 3% para proyectos de salud es la recomendada por la OMS.

El Componente 2 del programa financiará obras de pequeñas dimensiones en áreas internas de unidades estatales de salud ya en operación. Los potenciales impactos socioambientales se limitan a la fase de obras y son considerados de magnitud limitada, localizados, temporarios, de corto plazo, reversibles y mitigables por medio de programas de mitigación previstos en la legislación brasileña vigente. Todas las reformas y ampliaciones serán en zonas urbanas, en terrenos aislados y desocupados, sin interés ecológico, histórico o cultural. Por el contrario, se espera que el programa genere impactos sociales positivos como consecuencia de la ampliación de la oferta y la calidad de servicios de salud de media y alta complejidad, en especial en regiones actualmente desatendidas. Adicionalmente, conforme a la Política de Gestión de Riesgos de Desastres Naturales (OP-704), el programa ha sido evaluado resultando tipo 1, bajo. Como condición contractual especial de ejecución, de manera previa al inicio de las obras bajo el Componente 2, se deberá elaborar y presentar a satisfacción del Banco: (i) un plan de salud y seguridad; (ii) un plan de gestión de residuos para la fase de construcción de las obras; y (iii) evidencia del establecimiento de un mecanismo de atención de quejas y reclamos. Estas condiciones se consideran fundamental a fin de asegurar que durante la construcción y operación de las obras se dé cumplimiento a las políticas operativas del BID en los aspectos sociales, ambientales y de salud ocupacional.

C. Riesgos Fiduciarios

- 2.4 Se realizó un taller de la Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional (PACI), que clasificó el riesgo como medio. Se identificó un riesgo medio de posibles retrasos en la ejecución por falta de conocimientos y experiencia de la SES sobre las políticas de gestión financiera y adquisiciones del Banco, que pudiera impactar en el alcance de las metas físicas y financieras del programa. Para mitigar este riesgo, se prevé: (i) la creación de la UGP con dedicación exclusiva al programa; (ii) la creación de la Comisión Especial de Licitación (CEL) para apoyar en la preparación y procesamiento de los procesos de adquisiciones siguiendo la política del Banco y/o las políticas nacionales, lo que corresponda; (iii) la asignación de procuradores que atiendan a las demandas del programa; (iv) desarrollo/adquisición de un sistema de gerenciamiento físico-financiero del programa; y (v) la realización de capacitaciones por parte del BID para todo el personal involucrado en la ejecución.

D. Otros Riesgos y Temas Clave del Programa

- 2.5 Fue identificado un riesgo de gestión pública y gobernabilidad medio, vinculado a un posible cambio de equipos y discontinuidad de la ejecución como resultado del proceso electoral de finales de 2018. Para mitigar este riesgo, será elaborado un plan de continuidad, con registro de actividades realizadas y procesos en ejecución. También se identificó un riesgo de nivel medio una posible baja priorización del programa por parte de la SES al no contar con un equipo propio con dedicación exclusiva al mismo. Para hacer frente a este riesgo se prevé la constitución de una UGP y la contratación de consultores de apoyo a la implementación del programa. Por otro lado, fue identificado un riesgo medio de posibles retrasos en la ejecución por problemas de coordinación entre la SES y la Secretaría de Infraestructura y Obras, responsable de la ejecución de reformas y adaptación de las unidades estatales de salud. Para mitigar este riesgo, será firmado un término de cooperación entre ambas instituciones.

- 2.6 **Sostenibilidad.** Las actividades financiadas por el programa buscan fortalecer los servicios existentes de salud que cuentan con recursos fiscales corrientes (federales, estatales y municipales) para su operación futura y continuidad. Se espera que el fortalecimiento de las RAS así como la expansión de las líneas de cuidado mejoren la capacidad resolutoria de la APS y reduzcan el agravamiento de cuadros y las hospitalizaciones evitables, aumentando así la eficiencia del gasto en salud y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los Arreglos de Implementación

- 3.1 **Prestatario y Organismo Ejecutor (OE).** El prestatario será el Estado de Paraíba y la República Federativa de Brasil será el garante de las obligaciones financieras del prestatario relacionadas al préstamo. El Estado de Paraíba ejecutará la operación por medio de la SES, la cual constituirá una UGP.
- 3.2 **Mecanismos de Ejecución, administración y coordinación del programa.** A partir del análisis institucional realizado, se determinó que la SES deberá constituir una UGP, cuyo equipo deberá tener dedicación exclusiva al programa, a fin de dar agilidad a la ejecución. La UGP estará directamente vinculada al Gabinete de la SES y tendrá, entre otras, las siguientes funciones: (i) la planificación y gestión administrativa y fiduciaria del programa; (ii) la coordinación directa con las áreas técnicas (atención básica, media y alta complejidad, vigilancia epidemiológica, entre otras) para garantizar el alineamiento con las políticas de la SES; y (iii) el monitoreo y evaluación de resultados del programa. La UGP tendrá el siguiente equipo básico: un coordinador general, un especialista técnico, un especialista administrativo y financiero, un especialista en adquisiciones y un especialista de monitoreo y evaluación.
- 3.3 El Reglamento Operativo del Programa (ROP) ([EEO#5](#)) detallará los arreglos de ejecución de cada componente, con responsabilidades y flujos de procesos claramente definidos, entre otros aspectos operacionales relevantes. Toda modificación del ROP durante la ejecución deberá contar con la no objeción previa por escrito del Banco.
- 3.4 **Será condición contractual especial previa al primer desembolso del financiamiento: (i) creación de la Unidad de Gestión del Programa (UGP) y designación de su coordinador general; y (ii) aprobación del ROP, en los términos previamente acordados con el Banco.** Estas condiciones se consideran cruciales para asegurar que el ejecutor estará adecuadamente preparado para comenzar la ejecución del programa, con la designación del coordinador que liderará el equipo ejecutor y con un instrumento operacional completo que describa los flujos financieros, los procesos de adquisiciones y de supervisión y monitoreo del programa, entre otros aspectos.
- 3.5 **Adquisiciones.** Las adquisiciones financiadas con recursos del préstamo se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (Documentos GN-2349-9, Política para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID y

GN-2350-9, Política para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID). De acuerdo con análisis de la capacidad del OE, serán revisados en forma ex post, salvo en aquellos casos en que se justifique una supervisión ex ante y en caso de contrataciones directas indicadas en el Plan de Adquisiciones (PA)³⁸, que sean financiados parcial o totalmente por el Banco. Cuando las adquisiciones se ejecuten a través del sistema nacional, la supervisión también se llevará a cabo por medio del sistema del país.

- 3.6 **Desembolsos.** Los desembolsos se realizarán bajo la modalidad de anticipo de fondos, con base en las necesidades reales de liquidez del programa para el período máximo de seis meses. Éstos se efectuarán en una cuenta bancaria especial, a nombre del programa para uso exclusivo de los recursos del préstamo, según lo establecido en el documento “Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID” (OP-273-6).
- 3.7 **Auditoría.** Los estados financieros del programa serán auditados anualmente por el Tribunal de Cuentas del Estado de Paraíba y, si no estuviera disponible, por una firma de auditoría externa independiente aceptable por el Banco, a ser contratada por el OE. Los estados financieros auditados serán presentados al Banco en hasta 120 días después del cierre de cada ejercicio económico de la entidad, de conformidad con los procedimientos y los términos de referencia previamente acordados con el Banco.

B. Resumen de los Arreglos para el Monitoreo de Resultados

- 3.8 El Plan de Monitoreo y Evaluación describe los principales arreglos para el acompañamiento de metas del programa. El OE será responsable del monitoreo periódico de las actividades financiadas, para así analizar de manera continua la ejecución y el cumplimiento de las metas de productos en los tiempos y bajo costos previstos. El OE presentará semestralmente al Banco la información de monitoreo requerida, dentro de los 60 días posteriores al fin de cada semestre. El Banco también realizará misiones de administración o visitas de inspección de acuerdo con el plan de supervisión. Asimismo, el Banco utilizará el Informe de Monitoreo del Programa (PMR) para el seguimiento de costos y del cumplimiento de las metas físicas y resultados, como un mecanismo para evaluar el desempeño del programa.
- 3.9 Para medir los impactos atribuibles al programa, se aplicará la metodología de controles sintéticos. Dicha metodología permite comparar al Estado de Paraíba con una unidad de control o contrafactual que se construye a partir de un promedio ponderado del resto de los estados brasileños. El plan considera construir un control sintético para los diferentes indicadores de impacto esperado de la MR. Los datos necesarios para la evaluación provienen de varios de los sistemas del DATASUS y su recolección se realiza de manera rutinaria y estandarizada para todos los estados. Los datos para construir los modelos provienen del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE). Se prevé la ejecución de la línea de base en el segundo año y el informe final en el quinto año. Asimismo, el programa contará con una evaluación de implementación intermedia, que se realizará si el Banco lo requiere al prestatario, y que será presentada hasta 90 días después de

³⁸ Durante la ejecución del programa, el PA será revisado y actualizado por lo menos cada 12 meses.

completar 50% de desembolso de los recursos del préstamo o habiéndose cumplido 2,5 años del inicio de la ejecución. El presupuesto del programa contiene recursos destinados exclusivamente para financiar esta evaluación.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID	Si	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental -Capacidad Institucional y Estado de Derecho	
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país	Si	
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2850	Ampliación y mejoramiento de la red de atención primaria en Salud (APS)
Matriz de resultados del programa de país	GN-2915-2	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2018.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		
II. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución		9.0
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		2.0
4. Análisis económico ex ante		9.0
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE		3.0
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		3.0
4.3 Supuestos Razonables		1.0
4.4 Análisis de Sensibilidad		2.0
4.5 Consistencia con la matriz de resultados		0.0
5. Evaluación y seguimiento		9.3
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5
5.2 Plan de Evaluación		6.8
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Medio
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Si
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Si
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Si
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		C
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, Auditoría interna. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual, Licitación pública nacional.
No-Fiduciarios	Si	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación, Sistema Nacional de Estadística.
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		

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

El objetivo del programa es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de Paraíba. Para lograr estos objetivos, el programa apoya el fortalecimiento de la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y la calidad de los servicios, la consolidación de las Redes de Atención en Salud (RAS), y el monitoreo, evaluación y administración del programa. El proyecto presenta un análisis costo-beneficio que sustenta la viabilidad económica de las actividades propuestas, con un ratio de beneficio/costo de 1.57. La lógica vertical presentada en el POD es consistente con los indicadores presentados en la matriz de resultados, e incluye indicadores para los principales productos, resultados e impactos. Los indicadores cumplen los criterios SMART e incluyen valores de línea de base y metas, así como las fuentes y medios de verificación que se utilizarán para medirlos. Los indicadores de impacto final son la tasa de mortalidad materna por causas directas, la tasa de mortalidad prematura por accidentes cerebrovasculares, la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus, la tasa de mortalidad por enfermedades coronarias e internaciones por condiciones sensibles a la atención básica, desagregados por género. El Organismo Ejecutor estará a cargo del monitoreo y evaluación del programa. Los indicadores de la matriz de resultados serán informados con fuentes de información administrativas incluyendo el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), Sistema de Información Hospitalaria (SIH), DATASUS y SINAN. El proyecto incluye una evaluación de impacto que utilizará la metodología de controles sintéticos, comparando la evolución de los indicadores de resultado final en el Estado de Paraíba con un control sintético construido con otros Estados brasileños, utilizando datos del DATASUS.

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del programa:	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población de Paraíba por medio de la consolidación de las Redes de Atención en Salud (RAS) y el fortalecimiento de las capacidades de gestión de la salud por parte del Estado.
-------------------------------	---

IMPACTOS ESPERADOS

Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final 2023	Medios de Verificación	Comentarios
IMPACTO #1						
Indicadores de Impactos finales						
Tasa de mortalidad materna por causas directas (obstétricas)	/100.000 Nacidos vivos	48,14	2016	39,16	Numerador: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/ Denominador: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	Cálculo: RMM = N° de óbitos maternos por causas obstétricas directas en determinado local y período / N° de nacidos vivos en determinado local y período *100.000
Tasa de mortalidad prematura por accidentes cerebro-vasculares - Mujeres	/100.000 hab.	49,98	2016	43,00	SIM e IBGE	Cálculo: TM por AVC= N° de óbitos por AVC (I64) en la población femenina de 30 a 69 años de edad en determinado local y período / Población femenina de 30 a 69 años en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad prematura por accidentes cerebro-vasculares - Hombres	/100.000 hab.	89,60	2016	79,00	SIM e IBGE	Cálculo: TM por AVC= N° de óbitos por AVC (I64) en la población masculina de 30 a 69 años de edad en determinado local y período / población masculina de 30 a 69 años en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (DM) - Mujeres	/100.000 hab	33,74	2016	30,00	SIM e IBGE	Cálculo: TM por DM= N° de óbitos por DM (E10-E14) en la población masculina de 30 a 69 años de edad en determinado local y período /población masculina de 30 a 69 años en el mismo local y período)*100.000 Seguimiento de Género, pro-género

Indicador	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final 2023	Medios de Verificación	Comentarios
Tasa de mortalidad prematura por Diabetes Mellitus (DM) - Hombres	/100.000 hab	40,06	2016	35,00	SIM e IBGE	Cálculo: $TM \text{ por DM} = \frac{N^{\circ} \text{ de óbitos por DM (E10-E14) en la población masculina de 30 a 69 años de edad en determinado local y período}}{\text{población masculina de 30 a 69 años en el mismo local y período}} * 100.000$ Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad por enfermedades coronarias - Mujeres	/100.000 hab	60,44	2016	52,00	SIM e IBGE	Cálculo: $TM \text{ por DIC} = \frac{N^{\circ} \text{ de óbitos por DIC (I20-I25) en la población femenina en determinado local y período}}{\text{población femenina en el mismo local y período}} * 100.000$ Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de mortalidad por enfermedades coronarias - Hombres	/100.000 hab	78,57	2016	68,00	SIM e IBGE	Cálculo: $TM \text{ por DIC} = \frac{N^{\circ} \text{ de óbitos por DIC (I20-I25) en la población masculina en determinado local y período}}{\text{población masculina en el mismo local y período}} * 100.000$ Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica- Mujeres	/10.000 habitantes	92,20	2017	81,00	Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e IBGE	Cálculo: $N^{\circ} \text{ internaciones por condiciones sensibles a la AB en la población femenina en determinado local y período}} / \text{población femenina en el mismo local y período} * 10.000$ Seguimiento de Género, pro-género
Tasa de internaciones por condiciones sensibles a la atención básica - Hombres	/10.000 habitantes	86,50	2017	76,00	Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e IBGE	Cálculo: $N^{\circ} \text{ internaciones por condiciones sensibles a la AB en la población masculina en determinado local e período}} / \text{población masculina en el mismo local y período} * 10.000$ Seguimiento de Género, pro-género

RESULTADOS ESPERADOS

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
RESULTADO #1						
Indicadores de resultados finales						
Tasa de hospitalización por Diabetes Mellitus y sus complicaciones	/ 10.000 habitantes	7,55	2017	6,70	Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e IBGE	Cálculo: N° internaciones por DM en determinado local y período /población en el mismo local y período *10.000
Tasa de hospitalización por ACV	/10.000 habitantes	4,17	2017	3,70	Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e IBGE	Cálculo: N° internaciones por AVC en determinado local y período / población en el mismo local y período *10.000
Porcentaje de partos normales realizados en la red SUS estadual	%	63,00	2017	70,00	Sistema de Informações Hospitalares (SIH)	Cálculo: N° de partos normales (CID10 O80) en determinado local y período / Total de partos realizados en determinado local y período*100
Indicadores resultados intermedios						
Número de personas que reciben servicios de salud	Personas	1.620.000	2017	3.400.000	DATASUS	Número de personas SUS dependientes en las microrregiones de João Pessoa, Campina Grande y Patos. El aumento de cobertura será por la ampliación de las líneas de cuidado y de servicios de alta complejidad a toda la población SUS dependiente del Estado de Paraíba
Cobertura de exámenes citopatológicos para detección de cáncer de cuello uterino (población recomendada por el Ministerio de Salud)	%	0,41	2016	0,75	SIA SUS/DATASUS	Fórmula: Total de exámenes / 1/3 de la población. de 25 a 64 años (estimado de población. IBGE,2015)
Embarazadas con diagnóstico de sífilis, con	%	83	2017	90	SINAN	En 2017, de 550 embarazadas diagnosticadas con sífilis, 460 recibieron la prescripción correcta

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
tratamiento correcto prescrito						

PRODUCTOS

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Componente 1: Fortalecimiento de la Gestión del SUS y mejora de la calidad de los servicios.											
Sistema estratégico de gestión de información y bases de datos implementado	Sistema	0	2018	0	1	1	1	0	3	Sistema de Monitoreo de la SES	
Red tecnológica estadual de salud funcionando	Red tecnológica	0	2018	0	1	1	1	0	3	Sistema de Monitoreo de la SES	
Prontuario electrónico en 33 unidades estaduais, funcionando	Prontuario electrónico	0	2018	0	1	0	0	0	1	Sistema de Monitoreo de la SES	
Protocolos clínicos para condiciones crónicas prevalentes elaborados	Protocolos	0	2018	1	1	1	0	0	3	SIH/SUS/IBGE - Estimación de población	Los protocolos de las cuatro principales enfermedades crónicas serán implantados e implementados conjuntamente de forma gradual : año1, Macro 1, año 2,

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
											Macro 2 y año 3, Macro 3.
Nuevos instrumentos de gestión regional elaborados	Plano Regional Integrado - PRI	0	2018	0	3	3	3	3	3	Informe Semestral de Progreso	
Centro de Formación de Recursos Humanos (CEFOR) reformado	Centro	0	2018	0	1	0	0	0	1	Informe Semestral de Progreso año II	
Profesionales formados	Profesionales	0	2018	0	3.895	6.931	6.931	6.931	24.688	Informe Semestral de Progreso	
Laboratorio Central del Estado (LACEN) reformado y certificado en la línea de cuidado Materno-Infantil	Laboratorio	0	2018	0	1	0	0	0	1	Informe Semestral de Progreso año I	
Módulos de campaña de comunicación implementados	Módulos	0	2018	1	1	1	1	0	4	Informe de Clipping y comprobante de difusión de medios, enviados al final de cada año	
Componente 2: Consolidación de las Redes de Atención en Salud.											
Maternidades de alto riesgo	Maternidades	0	2018	0	0	5	0	0	5		

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
reformadas y equipadas										Informe Semestral de Progreso	
Hospital Regional de Patos reformado y equipado	Hospitales	0	2018	0	0	1	0	0	1	Informe Semestral de Progreso	
Hospital Metropolitano Don José María Pires y Hospital de Itaporanga equipados	Hospitales	0	2018	2	0	0	0	0	2		
Componente 3: Monitoreo, evaluación y administración.											
Evaluación de impacto implementada	Evaluación	0	2019	0	0	0	0	1	1	Informe Semestral de Progreso	
Estudios técnicos implementados	Estudios	0	2018	0	1	1	1	1	4		

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

PAÍS:	Brasil
PROYECTO N°:	BR-L1518
NOMBRE:	Programa de Fortalecimiento del Modelo de Atención en la Red de Salud de Paraíba
ORGANISMO EJECUTOR (OE):	Estado de Paraíba, por medio de la Secretaría Estadual de Salud (SES)
EQUIPO FIDUCIARIO:	Leíse Estevanato y David Salazar (FMP/CBR)

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 La evaluación institucional para la gestión fiduciaria del programa fue elaborada con base en: (i) contexto fiduciario actual del país; (ii) resultados de la evaluación de los principales riesgos fiduciarios; (iii) el análisis de capacidad institucional; (iv) reuniones de trabajo con el equipo del proyecto y de la Secretaria Estadual de Salud (SES); y (v) experiencia previa en los demás programas de salud de SPH en Brasil.
- 1.2 Brasil dispone de sistemas fiduciarios nacionales robustos que permiten una buena gestión de los procesos administrativos, financieros, de control y de adquisiciones, cumpliendo con los principios de transparencia, economía y eficiencia. Los sistemas del ejecutor referidos a su capacidad de planeamiento y organización, ejecución y control tienen nivel mediano de desarrollo que representa un nivel de riesgo medio.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 2.1 El prestatario será el Estado de Paraíba, por medio de la SES, que deberá crear una estructura de apoyo a través de la institución de una Unidad de Coordinación del Programa (UCP).
- 2.2 La SES es una secretaria que cuenta con cuadros técnicos estables, pero en número insuficiente para la ejecución del programa. Además de esto, no posee experiencia con programas financiados por organismos internacionales, ni personal capacitado y que tenga conocimiento de las políticas de adquisiciones y gestión financiera del Banco, por esto, la necesidad del apoyo de la UCP.
- 2.3 El ejecutor dispone de una estructura de control interno, que es ejercido por la Contraloría General del Estado (CGE), órgano central del sistema de control interno del poder ejecutivo. En cuanto al control externo, el mismo es ejercido por el Tribunal de Cuentas del Estado de Paraíba (TCE/PB), entidad que realiza auditorías a todos los entes del Estado. Para el Banco, el TCE/PB es elegible para las auditorías de los programas del Estado.

III. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL, RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 La evaluación de la capacidad institucional y su validación con los funcionarios de la SES y principales actores relacionados concluye que el OE dispone de una capacidad institucional media, aún que sin experiencia en la ejecución de operaciones con el Banco.

- 3.2 Se identificó un riesgo medio de posibles retrasos en la ejecución por falta de conocimientos y experiencia de la SES sobre las políticas de gestión financiera y adquisiciones del Banco, que pudiera impactar en el alcance de las metas físicas y financieras del programa. Para mitigar este riesgo, se prevé: (i) la creación de la UCP con dedicación exclusiva al programa; (ii) la creación de la Comisión Especial de Licitación (CEL) para apoyar en la preparación y procesamiento de los procesos de adquisiciones siguiendo la política del Banco y/o las políticas nacionales, lo que corresponda; (iii) la asignación de procuradores que atiendan a las demandas del programa; (iv) desarrollo/adquisición de un sistema de gerenciamiento físico-financiero del programa; y (v) la realización de capacitaciones por parte del BID para todo el personal involucrado en la ejecución.

IV. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 4.1 Los Acuerdos Fiduciarios en Adquisiciones establecen las disposiciones que aplican para la ejecución de todas las adquisiciones previstas en el programa.

A. Ejecución de las Adquisiciones

- 4.2 **Adquisiciones de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría.** Los contratos estarán sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) y se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DEL) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos de Licitación Nacional acordados con el Banco.
- 4.3 **Selección y contratación de consultores.** Los contratos se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEP) emitida por el Banco. La selección y la contratación serán realizadas de acuerdo con las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9).
- 4.4 **Uso de sistema nacional de adquisiciones.** El (sub)sistema nacional de adquisiciones aprobado por el Banco, “*Pregão Electronico*”, será utilizado para la adquisición de bienes de uso común hasta un monto de US\$5 millones. Cualquier sistema o subsistema que sea aprobado con posterioridad será aplicable a la operación. El PA y sus actualizaciones indicará qué contrataciones se ejecutarán a través de los sistemas nacionales aprobados.

Cuadro 1. Montos Límites para Licitación Internacional y Lista Corta con Conformación Internacional

Método	LPI Obras	LPI Bienes y Servicios diferentes a la consultoría	Lista Corta Internacional en servicios de consultoría
Monto Límite	US\$25 millones	US\$5 millones	US\$1 millón

Cuadro 2. Adquisiciones Principales

Objeto de la Contratación	Método de selección	Fecha estimada	Monto estimado (US\$ millones)
Obras			
Readecuación Maternidad Frei Damião.	LPN	Jun 2019	5,4
Bienes y Servicios Distintos de Consultoría			
Equipos médico-hospitalares para cinco maternidades	LPI	Jun 2019	6,9

Objeto de la Contratación	Método de selección	Fecha estimada	Monto estimado (US\$ millones)
Equipos Hospital Metropolitano Don José María Pires (Macrorregional I).	LPI	Jun 2019	6,6
Servicios de consultoría			
Servicios Técnicos Especializados Plataforma tecnológica.	SBQC	Jun 2019	5,0

B. Supervisión de Adquisiciones

- 4.5 El método de supervisión será ex post, salvo en aquellos casos en que se justifique una supervisión ex ante. Cuando las adquisiciones se ejecuten a través del sistema nacional, la supervisión también se llevará a cabo por medio del sistema del país.
- 4.6 El método de supervisión se debe determinar para cada proceso de selección. Las revisiones ex post serán de acuerdo con el plan de supervisión del programa. Los reportes de revisión ex post incluirán al menos una visita de inspección física, escogida de los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión posterior.

Cuadro 3. Límite para Revisión Ex Post

Obras	Bienes	Servicios de Consultoría
LPN y CP	LPN y <i>Pregão</i>	Menor a US\$1 millón

C. Registros y Archivos

- 4.7 La documentación del proceso estará a cargo de la UCP que mantendrá la documentación necesaria a efectos de supervisión y auditoría.

V. GESTIÓN FINANCIERA

A. Programación y presupuesto

- 5.1 La SES, a través de la UCP será la responsable de coordinar todo el proceso de planificación para la ejecución de las actividades según lo previsto en el PEP y en el POA. Las entidades del municipio utilizan los instrumentos de planificación: Plan Plurianual (PPA), Ley de Procedimientos Presupuestales (LDO), que dispone sobre los direccionamientos presupuestales, y la Ley de Presupuesto Anual (LOA). El presupuesto del programa formará parte de la LOA.
- 5.2 El OE, por medio de la UCP deberá garantizar que los recursos presupuestales para el programa (Banco y aporte local), sean debidamente presupuestados anualmente, y asegurados para la ejecución de acuerdo con la programación del programa. Los recursos presupuestales deben estar registrados en el año de ejecución dentro del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) como una fuente externa. La Ley Presupuestal Anual deberá contemplar los fondos necesarios para la ejecución tanto para el crédito externo como para la contrapartida local.

B. Contabilidad y sistemas de información

- 5.3 En el Estado de Paraíba, las entidades públicas trabajan con el SIAF, que realiza toda la ejecución financiera y contable de las operaciones del Estado, y permite la adopción de las normas internacionales de contabilidad. La elaboración y la actualización de los instrumentos de planeamiento de la Secretaría es hecha a través del Sistema Integrado de Presupuesto y Planeamiento (SIOP). Sin embargo, el Estado no dispone de un sistema de información contable-financiero

automatizado e integrado con la contabilidad general, debiendo desarrollar un módulo de gestión financiera integrado al SIAF o adquirir un sistema que permita la generación de los procesos de desembolso y de los estados financieros del programa, bien como de los informes básicos solicitados por el BID.

C. Desembolsos y flujo de caja

- 5.4 El programa utilizará el sistema nacional de tesorería del Estado. Los gastos estarán sujetos al proceso de ejecución presupuestaria y financiera, y estarán debidamente registrados en el SIAF.
- 5.5 Los recursos del Banco serán administrados a través de una cuenta exclusiva que permita identificar de manera independiente los recursos del préstamo, y realizar conciliaciones bancarias de estos recursos. Esto incluye los ingresos y pagos.
- 5.6 Los desembolsos se efectuarán en dólares de los Estados Unidos de América, bajo la modalidad de anticipos de fondos. Los anticipos estarán basados en una proyección de recursos financieros para un plano previamente acordado con el Banco, no superior a 180 días. Para futuros anticipos será necesaria la prestación de cuentas de por lo menos el 80% del total acumulado de los saldos pendientes de justificación.
- 5.7 A efecto de rendición de cuentas de los recursos del préstamo y del aporte local, el OE utilizará: (i) la tasa de cambio efectiva al momento de la conversión de los fondos adelantados en la moneda de la operación a la moneda local, para recursos BID; y (ii) la tasa de cambio efectiva de la fecha de pago para los reembolsos de gastos y reconocimiento de gastos de aporte local. Los gastos considerados no elegibles por el Banco deberán reintegrarse con recursos del aporte local o con otros recursos, a criterio del prestatario y mediante aprobación del Banco, de acuerdo con la naturaleza de la inelegibilidad.
- 5.8 La revisión de la documentación de soporte de los gastos efectuados será realizada de forma ex post por el TCE/PB durante el proceso de auditoría y/o por consultor externo contratado por el BID.

D. Control interno y auditoría interna

- 5.9 El control interno del Estado es ejercido por la CGE, órgano central del sistema integrado de control interno del poder ejecutivo. La CGE tiene las funciones de control interno, auditoría pública, corrección, prevención y combate a la corrupción y actividades de “*Ouvidoria*” para el incremento de la transparencia en el ámbito de la administración. Las actividades del programa estarán bajo su control.

E. Control externo y Estados Financieros Auditados

- 5.10 El control externo es ejercido por el Tribunal de Cuentas del Estado de Paraíba (TCE/PB), entidad que realiza auditorías a todos los entes del Estado.
- 5.11 La auditoría externa del programa será realizada por el TCE/PB, entidad elegible para realizar las auditorías externas de los préstamos del Banco o por una firma de auditoría externa independiente aceptable al Banco
- 5.12 La presentación de los Informes Financieros Auditados (IFAs) anuales se realizarán de acuerdo con los términos de referencia acordados con el Banco, por el TCE/PB y, si indisponible, por una firma de auditoría externa independiente, dentro de un plazo de 120 días posteriores al cierre de cada año fiscal y la última, 120 días después del plazo de último desembolso.

F. Plan de supervisión financiera

5.13 Este plan podrá ser modificado durante la ejecución conforme la evolución en los niveles de riesgo o por necesidades de control adicionales.

Cuadro 4. Plan de Supervisión

Naturaleza – Alcance	Frecuencia	Responsable	
		Banco	Ejecutor
Revisión ex post de desembolsos y adquisiciones	Anual	Equipo fiduciario	UCP - Auditor Externo - TCE/PB
Auditoría anual	Anual	Equipo fiduciario	UCP - Auditor Externo - TCE/PB
Revisión solicitudes de desembolsos	Periódica	Equipo fiduciario	
Visita de supervisión	Anual	Especialista fiduciario	
Revisión de cartera	Anual	Equipo fiduciario	UCP

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-__/19

Brasil. Préstamo ____/OC-BR al Estado de Paraíba. Programa de Fortalecimiento del Modelo de Atención en la Red de Salud de Paraíba

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 Estado de Paraíba, como Prestatario, y con la República Federativa del Brasil, como Garante, para otorgarle al primero un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa de Fortalecimiento del Modelo de Atención en la Red de Salud de Paraíba. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$45.197.310, 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 de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ____ de _____ de 2019)

LEG/SGO/CSC/EZSHARE-620307903-34271
Pipeline No.: BR-L1518