



**PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO
GOBIERNO DE PANAMA
Presupuesto del Proyecto**

Número del Proyecto: PAN/00/010
Título del Proyecto: PROYECTO DE SALUD RURAL
Préstamo No. 3841-PAN, Banco Mundial

Año de Inicio: 2000
Año de Finalización: 2001
Agencia de Ejecución: NEX - GOVT
Agencia de Implementación: NEX - GOVT
Tipo de Revisión: INI - INITIAL
Localización del Proyecto: Panamá
Sector y Subsector ACC: Health-Health and Promotion Care
Sector y Subsector DCAS: Health-Primary Health Care (includes maternal and child health nutrition)
Área de Concentración Principal: Promoting Poverty Eradication and Sustainable Livelihoods
Área de Concentración Sria.: Sustaining physical and mental well-being
Tipo de Intervención Principal: Capacity-Building
Tipo de Intervención Sria.: Institution-Building
Beneficiarios Principales: Target Groups
Beneficiarios Secundarios: The poor

Financiamiento del Presupuesto (en US\$)	
INSUMOS	REV "A"
PNUD	
01-UNDP-IPF / TRAC - (Trac 1.1.1 & 1.1.2)	0
Costos Compartidos	
Gobierno	3,345,886
Banco Mundial (Préstamo No. 3841-PAN)	8,012,963
Costos de Administración:	340,766
TOTAL GENERAL	11,699,615

Breve Descripción:

El proyecto de Salud Rural, que se financia con un préstamo del Banco Mundial, se centra en un concepto de salud integral que incorpora acciones en nutrición, atenciones básicas de salud, provisión de agua potable y saneamiento básico. Dentro del concepto de salud integral pretende reducir en las comunidades rurales la incidencia de la desnutrición en niños menores de 5 años y de mujeres embarazadas y en etapa de lactancia, mediante la entrega de un paquete de Servicios Básicos de Salud Integral (SBSI). Igualmente pretende aumentar la cobertura de agua potable y saneamiento básico de las áreas rurales y fortalecer las Juntas Administradoras de Aguas (JAA's) para mejorar su capacidad de operación y mantenimiento de los sistemas bajo su responsabilidad. A su vez fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud en cuanto a la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las (i) políticas, estrategias y estándares técnicos de salud que se aplican en las áreas rurales (ii) calidad de agua de las áreas rurales.

Aprobado por:	Firma:	Fecha:	Nombre/Cargo:
PNUD: a.c.		13 NOV. 2000	Elizabeth Fong Representante Residente
Agencia de Ejecución:		18 OCT 2000	José Manuel Terán Ministro de Salud
Gobierno:		30 OCT 2000	Norberto Delgado Ministro de Economía y Finanzas



PAN/00/010
Documento de Proyecto
“PROYECTO DE SALUD RURAL”
MINSA/BANCO MUNDIAL
(Préstamo No. 3841-PAN)

31 de agosto de 2000

INDICE

A. CONTEXTO

1. Problema que aborda el proyecto. Situación actual 3
2. Lecciones y Experiencias anteriores Nacionales e Internacionales 6
3. Objetivo de Desarrollo: Situación prevista al final del proyecto 6
4. Estrategia de Gobierno 7
5. Beneficiarios Previstos 8
6. Marco Institucional (actores principales) 8

B. ESTRATEGIA PARA EL USO DE LOS RECURSOS PNUD

1. Relación del proyecto con el Mandato del PNUD y el Marco de Cooperación de País 10
2. Justificación de la Asistencia del PNUD 11
3. Estrategia del proyecto para la utilización de recursos PNUD 12
4. Capacidad de apoyo de la contraparte 12

C. OBJETIVOS INMEDIATOS, RESULTADOS Y ACTIVIDADES (Ver también Anexo 1)

- Objetivo Inmediato 1: Componente Salud y Nutrición 14
- Objetivo Inmediato 2: Componente de Agua Potable y Saneamiento 15
- Objetivo Inmediato 3: Componente Fortalecimiento Institucional 16

D. INSUMOS

1. Insumos del Gobierno en Especie 20
2. Insumos del PNUD 20
3. Apoyo Directo del PNUD a la Ejecución Nacional 25

E. RIESGOS Y CONDICIONES PREVIAS

1. Riesgos 26
2. Condiciones Previas 28

F. ARREGLO DE EJECUCION Y DE COORDINACION

1. Arreglos de Ejecución 28
2. Arreglos de Coordinación 31

G. MONITOREO Y EVALUACION 31

H. CONTEXTO LEGAL 32

I. PLAN DE TRABAJO 33

J. PRESUPUESTO 33

ANEXOS

- ANEXO 1:** Tabla 1 Objetivos, Resultados e Indicadores de Monitoreo
- ANEXO 2:** Organigrama de la UCP
- ANEXO 3:** Beneficiarios del Paquete SBSI y de Acueductos Rurales
- ANEXO 4:** Convenios de Cooperación MINSА-FIS, MINSА-UNICEF, MINSА-Municipios, Proveedores-CONSALUD
- ANEXO 5:** Paquete de Servicios Básicos de Salud Integral (SBSI)
- ANEXO 6:** Enmienda de Contrato de Préstamo No.3841-PAN
- ANEXO 7:** Procedimientos Especiales para la Ejecución de Proyectos de Costos Compartidos Provenientes de Operaciones con el Grupo del Banco Mundial

A. CONTEXTO

1. *Problema que Aborda el Proyecto. Situación Actual.*

La situación de la salud en Panamá es relativamente buena, según muestran los indicadores agregados a nivel del país; no obstante, existen grandes diferencias tanto de acceso a los servicios como en el estado de salud de algunos grupos poblacionales, particularmente aquellos que viven en las áreas rurales e indígenas, que es donde se concentra el mayor porcentaje de personas pobres del país¹.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud², para 1995 la esperanza de vida al nacer era de 73.5 años; la tasa de natalidad y mortalidad era de 25.0 y de 4.2 por cada mil, respectivamente; el 52% de muertes registradas se debieron a enfermedades tales como deficiencias cardiovasculares, accidentes y otras formas de violencia, relacionadas con el envejecimiento y el proceso de urbanización; la tasa de mortalidad infantil fue de 18.2 por cada mil nacidos vivos.

Si bien el perfil epidemiológico de Panamá se acerca al de un país industrializado, al desagregar las estadísticas según la condición económica de la población, vemos que en las regiones más pobres el perfil es el de un país de bajos ingresos. En las áreas de mayor pobreza, la esperanza de vida es de 63 años y la tasa de mortalidad infantil es de 40 a 50 niños por cada mil nacidos vivos. Por otra parte, en provincias como Bocas del Toro y la Comarca Kuna Yala, con una alta concentración de personas pobres e indígenas, las enfermedades intestinales, la desnutrición y las enfermedades respiratorias todavía son la causa de una parte importante de fallecimientos; igualmente, el nivel de tuberculosis es alto en Bocas del Toro y la malaria es habitual en Bocas del Toro, Darién y Veraguas, estas dos últimas también provincias que concentran una importante población pobre e indígenas³.

La situación nutricional del país, de igual forma, se caracteriza en general por una buena disponibilidad de alimentos y un alto consumo de proteínas y grasas. No obstante, el 16% de todos los menores de cinco años en Panamá sufren de alguna forma de desnutrición, fenómeno que se acentúa en las áreas de pobreza⁴ y extrema pobreza, en la que el 27% y 37.7% de los niños menores de cinco años, respectivamente, están desnutridos; mientras que en las áreas no pobres esta

¹ Según la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) de Panamá de 1997, el 65% de la población rural, incluyendo las áreas indígenas, es pobre. En las áreas indígenas en particular, el 95.4 % de la población es pobre, de los cuales, 86.4% son pobres extremos. A nivel nacional, el 77.3% de la población pobre vive en áreas rurales.

² Estadísticas de Salud. MINSA, septiembre de 1996.

³ Estadísticas de Salud. MINSA, septiembre de 1996.

⁴ En pobreza general se incluye la pobreza extrema.

proporción es de 5.1%⁵. A lo interno de los grupos pobres, la mayor tasa de desnutrición (52%) se produce entre los niños que viven en áreas indígenas⁶.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, a pesar de que se han destinado importantes recursos al sector, este aún no es de carácter universal. Según la Organización Mundial de la Salud, algo más del 80% de los panameños tiene acceso a la atención de salud (definido en términos de vivir a menos de una hora de un establecimiento de salud), con lo cual cerca de un 20% de la población no tiene acceso a estos servicios. Esta carencia es aún peor entre los pobres, particularmente los indígenas⁷, según lo revela la información de la Encuesta de Niveles de Vida (ENV).

El acceso también lo define la capacidad de los hogares para pagar por los servicios. La ENV sugiere que tanto el costo de la atención como las distancias que implica acceder a esta, restringen las posibilidades de una parte de la población, particularmente los más pobres, a usar los servicios de salud. Debido a estas restricciones, es menos probable que tanto los pobres como los indígenas busquen tratamiento médico en caso de enfermedad.

Finalmente, en materia de agua potable y saneamiento, existe muy buena cobertura en el ámbito nacional; sin embargo, según área geográfica y grupo poblacional, hay desigualdades importantes tanto de cobertura como de calidad de los servicios. En 1997, el 89% de los hogares del país tenían acceso a alguna forma de servicio de agua potable (64% a un servicio ininterrumpido)⁸ y el 93% a alguna forma de saneamiento⁹; en tanto que el 59% de los hogares recibían el servicio de recolección de desperdicios.

Desagregando los promedios nacionales según área geográfica, vemos que en el área urbana, el 98% de los hogares tenían agua potable (74% con servicio sin interrupción) y sistemas de saneamiento (80% alcantarillado), y 91% contaban con recolección de desperdicios. En las áreas rurales¹⁰, la cobertura de agua potable disminuye a 80% (y 52% en términos del servicio ininterrumpido) y la de saneamiento a 91% (70% letrinas o pozos); mientras que el servicio de recolección de desperdicios lo recibieron solamente el 15% de los hogares. La situación se hace más crítica en las áreas indígenas, donde la cobertura de agua potable y saneamiento es tan solo de 42% y 44% respectivamente y no existe el servicio de recolección de basura¹¹.

Dada la dispersión de la población, el agua potable en las áreas rurales e indígenas se suministra a través de pequeños acueductos comunitarios, cuyo

⁵ ENV de Panamá, 1997.

⁶ ENV de Panamá, 1997.

⁷ ENV de Panamá, 1997.

⁸ Incluye el acceso al servicio al interior del hogar, en el patio o fuera de la propiedad.

⁹ Se refiere a alcantarillado sanitario, foso séptico o letrina.

¹⁰ Comunidades con una población menor a 1,500 habitantes.

¹¹ ENV de Panamá de 1997.

servicio, en la mayoría de los casos, no es de muy buena calidad. En estos sistemas, el flujo de agua es irregular y no siempre utilizan mecanismos de desinfección; la mayoría de los hogares no reciben el agua dentro de sus casas; la presión es inadecuada; hay problemas de contaminación y el mantenimiento de los sistemas no es el adecuado. Por otro lado, el saneamiento, cuando existe, consiste fundamentalmente de letrínación o pozos¹².

Las condiciones de salubridad, particularmente en las áreas rurales pobres e indígenas, hace que aún enfermedades relacionadas con la calidad del agua y el saneamiento, como la diarrea y la parasitosis intestinal, sigan siendo causas importantes de morbilidad en el ámbito nacional (cuarta y quinta causa, respectivamente en 1995)¹³.

2. Lecciones y Experiencias Anteriores Nacionales e Internacionales

En Panamá no se registran muchas experiencias de carácter integral como la que ejecuta el Ministerio de Salud con apoyo del Banco Mundial mediante el proyecto Salud Rural. Este es un proyecto focalizado en áreas de extrema pobreza en el que se desarrollan las acciones necesarias (cuidado básico de la salud, nutrición, acceso a agua potable y a medios mínimos de saneamiento) para potenciar y elevar el estado de salud de las personas y de la comunidad en su conjunto, en entornos netamente rurales.

El proyecto Salud Rural se viene ejecutando desde 1995, recopilando una serie de experiencias que han permitido hacer los ajustes necesarios para su culminación exitosa, luego de la extensión del plazo de ejecución del proyecto hasta diciembre del 2001. El proyecto mantiene las tres líneas de acción originales, no obstante incorpora algunos cambios a saber: (i) Nutrición y Salud, que ahora consiste en la provisión externa (mediante ONG's) de un paquete básico de servicios de atención de salud y nutrición (incluyendo la parte de complemento alimenticio original para combatir la desnutrición en niños y madres embarazadas); (ii) Agua Potable y Saneamiento, que consiste, como al principio, en la construcción y/o rehabilitación de acueductos rurales y letrinas y la conformación y fortalecimiento de Juntas Administradoras de Agua (JAA's) para la operación y mantenimiento de los sistemas de agua instalados; y (iii) Fortalecimiento Institucional, que consiste en el mejoramiento de la capacidad institucional y técnica del Ministerio de Salud para atender de forma integral y efectiva los problemas de salud en las áreas rurales y aplicar las regulaciones sanitarias correspondientes, pero con un mayor énfasis en acciones de supervisión y monitoreo.

¹² En las comunidades rurales, tres de cada cinco hogares se abastecen mediante plumas en el patio, y no dentro de su casa, y dos de cada tres tienen letrinas. En las comunidades rurales pobres, los hogares con plumas y letrinas aumentan a 4 de cada 5, respectivamente. En las áreas indígenas, del 42% de los hogares con agua potable, dos de cada tres la reciben de plumas en el patio, y uno de cada 2 no tiene ningún sistema formal de servicio sanitario.

¹³ Estadísticas de Salud. MINSA, septiembre de 1996.

La experiencia acumulada por el proyecto ha validado la necesidad de ofrecer servicios de salud de carácter integral (prevención, atención, nutrición, agua y saneamiento) en el ámbito rural y la necesidad de educar e involucrar a la comunidad en el auto cuidado de la salud y en la sostenibilidad de la infraestructura de salud. También ha validado la necesidad e importancia de contar con sistemas de información apoyados en procesos efectivos y fehacientes de monitoreo y control del estado de salud de la población, de las condiciones de la infraestructura y de la calidad del agua. Igualmente, la experiencia en curso ha probado la necesidad de incorporar al proyecto modelos de gestión sencillos, descentralizados, que involucren a proveedores externos y en los que la labor del Ministerio esté más enfocada a supervisar la entrega y calidad de los servicios, a monitorear y evaluar los resultados y a fortalecer los sistemas de información y las capacidades institucionales de programación, evaluación, monitoreo y control.

Adicionalmente al proyecto Salud Rural, en Panamá se han ejecutado importantes inversiones de salud en las áreas rurales, pero éstas no han tenido el carácter integral y de focalización que tiene este proyecto. Entre otras podemos mencionar las importantes inversiones del Fondo de Inversión Social en la construcción de acueductos rurales, centros, subcentros y puestos de salud en áreas rurales, programas de nutrición en las escuelas; las inversiones sectoriales del Ministerio de Salud en acueductos rurales, construcción, ampliación y/o rehabilitación y equipamiento de la infraestructura del primer nivel en el país, el programa de nutrición; y los programas de alimentación escolar del Ministerio de Educación.

Por otra parte, existen experiencias valiosas relacionadas al tema de salud rural que han desarrollado las agencias de cooperación internacional entre las que se pueden mencionar el proyecto de "Construcción de Acueductos Rurales en Comunidades de Difícil Acceso del Oriente Chiricano" que auspicia el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNICEF) y el proyecto "Apoyo a las Estrategias de la Erradicación de la Pobreza" que auspició el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El proyecto de UNICEF se enmarca en el Plan Maestro de Operaciones 1997-2001, en el programa Desarrollo Social Municipal. Este proyecto se está desarrollado en los distritos de Remedios, San Félix y San Lorenzo, y consiste en la construcción de 81 acueductos rurales con la participación de las comunidades beneficiarias, la conformación y fortalecimiento de 81 JAA's y la ejecución del un Plan de Educación Sanitaria y Ambiental.

El proyecto metodológicamente integra todas las acciones necesarias para la sostenibilidad de las inversiones en agua potable en el ámbito rural, ya que desarrolla un modelo de gestión para la construcción de acueductos rurales con una amplia participación comunitaria, un modelo de administración de acueductos rurales mediante JAA's conformadas debidamente para operar, mantener y darle sostenibilidad a estos sistemas y un modelo de fortalecimiento de JAA's y capacitación de la comunidad en educación sanitaria y ambiental. Esta

metodología será aplicada por UNICEF en proyectos subsiguientes de agua potable y saneamiento.

Otra experiencia enriquecedora fue la que el PNUD, a través del proyecto PAN/97/008 "Apoyo a las Estrategias de las Erradicación de la Pobreza" desarrolló en conjunto con el Fondo de Emergencia Social (FES). Uno de los objetivos de este proyecto era el fortalecimiento gerencial en comunidades seleccionadas para la sostenibilidad de las obras de beneficio comunitario, entre ellas los sistemas de agua potable rural. Este proyecto elaboró una metodología de capacitación para JAA's y un manual para la administración de acueductos rurales. Igualmente, realizó actividades para promover la integración del Ministerio de Salud y del FES para el desarrollo de actividades de organización y capacitación comunitaria para lograr la autogestión en el sostenimiento de obras sanitarias. La experiencia reveló la prevalencia de problemas de calidad de agua y la falta de personería jurídica de las JAA's; también se verificó la falta de continuidad de las JAA's lo que hace que se pierda el entrenamiento que reciben, en un momento dado, las personas que conforman una JAA.

De forma general, también se puede mencionar la experiencia del Banco Mundial en otros países, ya que aporta una serie de elementos que son cruciales al momento de diseñar este tipo de proyectos. En el caso de Panamá, éstos elementos se consideraron durante la fase de preparación del proyecto Salud Rural.

La experiencia del Banco ha mostrado que debe existir un alto nivel de compromiso por parte del Gobierno. Por ello, es fundamental que sea el Gobierno quien proponga los objetivos fundamentales y la estrategia del proyecto, y que técnicos del ramo colaboren a lo largo del proceso de formulación y diseño. Otro elemento importante es que el diseño sea sencillo, que proponga actividades prioritarias de fácil implementación y medición, que no traslade cargas excesivas a las unidades de implementación y que incorpore mecanismos para revisar y ajustar las actividades de acuerdo al progreso del proyecto. Esta flexibilidad se hace necesaria particularmente cuando los proyectos incorporan la réplica de experiencias pilotos y la participación comunitaria, como es el caso del proyecto Salud Rural. Por otra parte, se debe prever en el diseño organizacional para la implementación del proyecto mecanismos ágiles para la toma de decisiones, mecanismos efectivos de coordinación intra e inter institucional y procedimientos claros de ejecución. Adicionalmente, debe preverse el traspaso y la incorporación de la experiencia para fortalecer la capacidad institucional. También se debe prever la definición de indicadores para la medición del progreso del proyecto y de los resultados. Finalmente, se debe prever en el diseño mecanismos que garanticen la sostenibilidad del proyecto al término de los recursos de préstamo. En proyectos como el de Salud Rural, es crucial la participación y preparación de la comunidad para asumir la operación y mantenimiento de la infraestructura instalada.

3. Objetivo de Desarrollo: situación prevista al final del proyecto

En términos globales de desarrollo, se aborda la necesidad de universalizar el acceso a programas de salud integral y a servicios de agua potable y saneamiento, y de mejorar la calidad de estos servicios en comunidades rurales pobres y de difícil acceso, a fin de elevar la calidad de vida de esta población y eliminar las desigualdades existentes en el acceso y la cobertura de estos servicios. Al final del proyecto se espera:

- Haber reducido en las comunidades rurales la incidencia de la desnutrición en niños menores de 5 años y en mujeres embarazadas y en etapa de lactancia.
- Tener funcionando un sistema descentralizado y eficiente para la atención básica de salud en las comunidades pobres de difícil acceso, consistente en la entrega de un paquete de Servicios Básicos de Salud Integral (SBSI) mediante proveedores contratados por CONSALUD.
- Tener una mayor cobertura de agua potable y saneamiento básico en las áreas rurales y haber fortalecido las Juntas JAA's en su capacidad de operación y mantenimiento de los sistemas bajo su responsabilidad.
- Haber fortalecido las capacidades del Ministerio de Salud para planificar, ejecutar, monitorear y evaluar: (i) las políticas, estrategias y estándares técnicos de salud que se aplican en las áreas rurales; y (ii) la calidad del agua en las áreas rurales.

4. Estrategia del Gobierno

El Gobierno Nacional, en el marco del *Plan de Desarrollo Económico, Social y Financiero con Inversión en Capital Humano*, establece los fundamentos de su política social definiendo las prioridades sectoriales, geográficas y los grupos objetivos, así como los instrumentos que garantizaran el cumplimiento de los preceptos de esta política. El objetivo principal de la política en esta materia es *"promover el desarrollo humano sostenible y lograr una reducción sistemática y duradera de la pobreza, la integración de los grupos excluidos del desarrollo y una distribución más justa de la riqueza"*.

En este contexto, el Plan define dentro de las áreas prioritarias de acción de la política social, la salud y el saneamiento. Como objetivo principal en esta materia, se prevé universalizar el acceso a programas de salud integral y mejorar la calidad de los servicios, a fin de reducir las desigualdades existentes entre regiones (urbano-rural-indígena) y grupos poblacionales (pobres y no pobres).

En consecuencia, se enfatizarán los servicios de atención primaria y se impulsará un nuevo modelo de atención de la salud, fuertemente descentralizado. Para ello, se fortalecerán y expandirán los sistemas locales de salud a través de los que se coordinarán todas las acciones de promoción de la salud, prevención y control de riesgos.

La atención primaria tendrá un enfoque integral en el que se complemente la promoción, la prevención y la curación dentro de un esquema institucional en el que la comunidad participe de manera activa tanto en la gestión de los servicios como en el monitoreo y auto cuidado de la salud. Se impulsarán planes de salud a escala local, con la participación de la población, en los que se definirán las metas y programas de salud integral acorde al perfil epidemiológico, cultural, ambiental y socioeconómico de la población, así como las estrategias operativas para reducir las desigualdades existentes en materia de salud y saneamiento.

Entre las acciones previstas para el logro de los objetivos de salud y saneamiento, se prevé, entre otros, dar prioridad a programas de prevención como: atención materno-infantil (controles prenatales, apoyo nutricional a mujeres embarazadas, inmunización) en las zonas geográfico-poblacionales de mayor pobreza; alimentación complementaria y acceso a micronutrientes (yodo, vitamina A y hierro) para prevenir la desnutrición; expansión de la cobertura y mejoramiento de los servicios de agua potable y saneamiento particularmente en las zonas rurales y de difícil acceso; expansión de la letración en áreas rurales; y reducción de la contaminación ambiental.

En términos de mejoras en la calidad de los servicios, se ejecutaran acciones para elevar la cobertura de los programas de salud al 100% de la población, enfatizando las áreas de difícil acceso; para descentralizar los servicios de salud a escala regional; para ampliar la red primaria de atención (centros y subcentros) y establecer horarios completos en la operación de los servicios locales de salud (intensificar el uso de las instalaciones), entre otras.

Paralelamente, las inversiones estarán encaminadas a mejorar y modernizar los centros, subcentros y puestos de salud; al equipamiento y reposición de equipos para mejorar la capacidad resolutive de los niveles primarios y secundarios; a la construcción, mejoramiento y ampliación de los sistemas de agua potable y saneamiento tanto en el ámbito rural como urbano; al fortalecimiento de los laboratorios de calidad de agua; a la construcción de rellenos sanitarios y tratamiento adecuado de la basura; y al establecimiento de un sistema de información en salud, entre otros.

5. Beneficiarios Previstos

El proyecto Salud Rural tiene una cobertura a escala nacional y beneficiará a comunidades rurales y de difícil acceso con una incidencia de pobres mayor al 50% de su población.

De forma particular, el componente de salud y nutrición beneficiará 90,000 personas, particularmente a niños desnutridos menores de cinco años, a hogares que viven en condiciones de extrema pobreza y que tienen por lo menos un niño menor de cinco años y a mujeres embarazadas en estado de desnutrición. El componente de agua potable y saneamiento beneficiará a 68,028 personas que actualmente no disponen del servicio o reciben un servicio de baja calidad. El

componente de Fortalecimiento Institucional beneficiará al personal técnico del Ministerio de Salud, en las áreas de saneamiento rural y agua potable, fortaleciendo la capacidad institucional para desarrollar e implementar políticas de atención integral de la salud y saneamiento rural y para hacer cumplir la normativa de salud ambiental.

6. Marco Institucional (actores principales)

El **Ministerio de Salud** es la entidad responsable tanto del estudio, formulación, y ejecución de la política de salud en el ámbito nacional como de la supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el sector. Estas funciones las realiza con el propósito de velar por la salud integral de la población de la República.

El Ministerio de Salud se crea mediante Decreto de Gabinete No.1 del 15 de enero de 1969. Sus funciones se definen a partir de la Ley No. 66 del 10 de noviembre de 1947; el Decreto de Gabinete No. 75 del 27 de febrero de 1969, con el que se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, mediante el Artículo 10; la Constitución Nacional en su Capítulo 6 sobre la Salud, Seguridad Social y Asistencia Social, Artículos 105 al 113.

Mediante la Resolución Ministerial No. 276 de julio de 1998 y producto de un proceso de reforma en el sector salud, se establece la nueva estructura orgánica del Ministerio de Salud. Bajo este nuevo esquema, el Ministerio se organiza en 8 niveles funcionales: el Nivel Político Directivo (Ministro y Vice Ministro); Nivel Coordinador (Secretaría General y Comisiones); Nivel Asesor; Nivel Fiscalizador (auditoría interna); Nivel de Apoyo (Finanzas, Recursos Humanos e Infraestructura); el Nivel Técnico (Políticas Sectoriales); Nivel Operativo Ejecutivo (Promoción de la Salud y Salud Pública); Nivel Operativo Ejecutor (Hospitales Nacionales y Regiones de Salud).

Entre las tareas sustantivas del Ministerio se encuentran: desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población; capacitar al individuo y a los grupos sociales en materia de salud personal y ambiental; proteger la salud de la madre, el niño y del adolescente durante el proceso de la gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo de la niñez y la adolescencia; combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, la disponibilidad de agua potable, la inmunización, profilaxis y tratamiento de la población; prestar servicios de salud integral y suministro de medicamentos a toda la población, los que serán gratuitos para quienes no puedan pagar por los mismos; regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deben reunir los lugares de trabajo mediante una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral.

El **Fondo de Inversión Social (FIS)** es la institución de Desarrollo Social de la Presidencia de la República creada mediante Decreto Ejecutivo N°146 del 30 de

mayo de 1990 con el propósito de hacerle frente a la grave situación socioeconómica que atravesaba el país en ese momento.

En un principio esta institución se denominó Fondo de Emergencia Social (FES), ya que su labor estaba orientada a proporcionar los recursos materiales que contribuyeran a elevar el nivel o calidad de vida de las personas más necesitadas. Actualmente, mediante Decreto Ejecutivo N°.189 del 15 de noviembre de 1999, el Organo Ejecutivo considera cambiar la denominación a Fondo de Inversión Social (FIS), en atención a que la labor que debe ejecutar esta institución es de apoyo a programas técnicos de inversión social que generen capacidades y la autosuficiencia de las comunidades.

El FIS tiene como finalidad coadyuvar en la coordinación y unificación de las políticas sociales del Estado para hacer más efectiva la acción y el desarrollo de todos los programas que beneficien los sectores marginados, actuando conjuntamente con todos los sectores de la sociedad.

En este sentido, el FIS dirige sus esfuerzos hacia educación, salud, saneamiento ambiental, desarrollo vial, nutrición, grupos vulnerables (indígenas, jóvenes marginados, niños de la calle, grupo afropanameño, mujeres jefe de hogar y adultos mayores), electrificación rural y las actividades productivas, entre otras.

También el FIS ejecuta otros programas de impacto social que brindan respuestas directas en distintas comunidades, éstos son: Sistemas de Calidad Ambiental, Capacitación y Organización Comunitaria, Apoyo a las Actividades Productivas, Obras Comunitarias, Desarrollo Rural de las Comunidades Indígenas Ngöbe-Buglé, Nutrición Escolar, Desarrollo del Atlántico, y la Junta Asesora de la Presidenta para asuntos de Colón. También se ha incorporado al menú de los programas el de Inversión Local y el de Electrificación Rural.

El **Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia** (UNICEF) es una organización dedicada a la protección, supervivencia y desarrollo de los niños. Fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1946 para atender las necesidades de emergencia de los niños de Europa de la posguerra. En la actualidad, UNICEF trabaja en todas partes del mundo, sobre todo en países en desarrollo, promoviendo la plena aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada unánimemente por la Asamblea General en 1989 y ratificada casi universalmente, así como el cumplimiento de las metas establecidas en 1990 en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

En cooperación con otros organismos de las Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales, y por intermedio de su red mundial, el UNICEF apoya programas de bajo costo, basados en la comunidad, en materia de atención primaria de salud, nutrición, educación básica, agua y saneamiento ambiental y género y desarrollo. El Fondo aboga porque se respeten los derechos humanos de todos los niños, sobre todo las niñas.

UNICEF trabaja en Panamá desde 1951, fecha en que se firma con el Gobierno el primer Acuerdo Básico de cooperación, ratificado por la Ley 30 de febrero de ese año. En 1998 UNICEF renueva el Acuerdo Básico, mediante la Ley 106 de diciembre de 1998, siendo este instrumento sobre el que actualmente se rige la asistencia de dicho organismo en Panamá.

La labor de UNICEF en Panamá se programa cada cinco años con el Gobierno mediante lo que se denomina El Plan Maestro de Operaciones. En la actualidad esta vigente el Plan para el periodo 1997-2001, que establece tres áreas de trabajo: (i) *Promoción de los Derechos de la Niñez y la Mujer*, cuyo objetivo es aumentar la conciencia acerca de los principios de las dos convenciones y ayudar a movilizar los recursos y la voluntad política del país para aplicar los mismos; (ii) *Desarrollo Social Municipal*, cuyo objetivo es aumentar las inversiones sociales públicas en las municipalidades más pobres para facilitar el acceso a los servicios básicos en salud, educación y medio ambiente; y (iii) *Iniciativa Vale la Pena Estudiar*, cuyo objetivo es crear nuevas oportunidades para reintegrar a niños/as y adolescentes al sistema de enseñanza y desarrollar modelos de educación no tradicional para jóvenes entre 12 y 17 años para orientar hacia la construcción de proyectos de vida.

La **Sociedad Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD)** es una empresa de utilidad pública creada mediante la Ley No. 27 de mayo de 1998. CONSALUD tiene como objetivo el mantenimiento y la mejora del nivel de salud de la población, para lo cual esta facultada por la Ley a contratar servicios de salud a entidades sin ánimo de lucro para proporcionar servicios a los derecho habientes de la Caja del Seguro Social según lo señalado por su Ley Orgánica, y conforme a lo dispuesto en el Artículo 106 de la Constitución de la República, en el caso de los no asegurados.

Los **Municipios de Bugaba y Gualaca** son parte de la Provincia de Chiriquí y los integran 13 y 5 corregimientos respectivamente. Tiene una infraestructura administrativa y de justicia (conformada por 13 y 5 corregidurías respectivamente), y su funcionamiento está basado como la Ley lo señala en un ordenamiento jurídico, con presupuesto de rentas y gastos.

B. Estrategia para el uso de los recursos PNUD

1. Relación del Proyecto con el Mandato del PNUD y el Marco de Cooperación de País

El Objetivo fundamental del PNUD es la promoción del desarrollo humano sostenible, el cual coloca a las personas como el centro del proceso de desarrollo y aboga por la protección de las oportunidades de vida de las presentes y futuras generaciones. El desarrollo humano sostenible implica: empoderamiento o participación activa de las personas como agentes de cambio; equidad o igualdad

de acceso a las oportunidades sociales, políticas y económicas; y sostenibilidad o protección del ambiente para garantizar el desarrollo intergeneracional.

Sobre esta base, el PNUD concentra sus esfuerzos para el desarrollo humano sostenible en cuatro áreas prioritarias: la promoción de un ambiente (social, económico y político) que cree oportunidades que faciliten el desarrollo humano; la eliminación de la pobreza y el desarrollo de medios de vida sostenibles; la igualdad de género y el progreso de la mujer; y la protección y regeneración del medio ambiente.

El Proyecto Salud Rural se enmarca dentro de las prioridades de desarrollo humano del PNUD como una acción encaminada a la eliminación de la pobreza y la generación de medios de vida sostenibles, específicamente en las áreas rurales de todo el país. Este proyecto pretende disminuir las disparidades existentes en la provisión de servicios básicos de salud en estas áreas, con lo que se aborda de forma directa la dimensión de equidad del desarrollo humano sostenible.

El proyecto también aborda el empoderamiento ya que pretende desarrollar capacidades a lo interno del Ministerio de Salud y dentro de las comunidades para la promoción, monitoreo y evaluación de políticas y acciones de salud integral en el área rural, con lo que se fortalece tanto la eficiencia del Gobierno como la participación activa de los beneficiarios como agentes de cambio.

Por otro lado, el Marco de Cooperación de País 1997-2001 entre PNUD y el Gobierno de Panamá, establece como una de las áreas de interés apoyar al Gobierno en la utilización eficiente y rápida de los recursos financieros destinados a la inversión pública, así como también apoyar la promoción del desarrollo social y la lucha contra la pobreza. Ambas áreas de trabajo serán atendidas mediante el presente proyecto.

En este sentido, una muestra del apoyo del PNUD es el proyecto de Dinamización, que se ejecuta desde 1995, con el cual el gobierno ha podido agilizar inversiones sociales de infraestructura de cuatro Ministerios: Salud, Educación, Vivienda y Obras Públicas. Este proyecto además de agilizar los procesos de contratación, debido a que adopta un marco legal especial, a permitido ahorros importantes ya que al reducirse los tiempos de contratación y agilizarse los pagos las ofertas de los contratistas son menores.

2. Justificación de la Asistencia del PNUD

La asistencia del PNUD es requerida debido a su experiencia en la administración de proyectos con financiamiento externo en áreas sociales y de difícil acceso. Este proyecto ha sufrido retrasos producto, entre otras cosas, de cuellos de botella que se producen a lo interno de la administración pública para autorizar contrataciones y pagos a proveedores por bienes y servicios. Es por ello que el Banco Mundial acordó con el Ministerio de Salud la firma de un acuerdo con el PNUD a fin de que este organismo realice las actividades tendientes a ofrecer el

apoyo administrativo que requiere el Ministerio de Salud, en su calidad de Organismo Ejecutor, para agilizar los trámites de contratación y para administrar los recursos del proyecto, tanto nacionales como del préstamo, en los componentes que ejecutará el Ministerio de Salud directamente tal y como se indica en la sección C de este documento.

Igualmente, el PNUD posee una ventaja institucional comparativa en este tipo de servicios, ya que: (i) tiene una experiencia exitosa en otros proyectos financiados con el Banco Mundial, el BID y otros organismos multilaterales; (ii) tiene una experiencia exitosa en proyectos en áreas rurales y de difícil acceso (Ngobe-Buglé, Desarrollo Rural Sostenible de Darién, Manejo de Cativales y Productos No Maderables con comunidades Indígenas y Campesinas en Darién, Mitigación de los Efectos de la Niña y el Niño, Conservación de la Biodiversidad a través del Desarrollo Comunitario Sostenible, entre otros); (iii) puede ofrecer continuidad en el apoyo posterior a la ejecución del proyecto; (iv) posee capacidad para facilitar la ejecución del proyecto y los desembolsos de fondos; (v) tiene carácter neutral y cuenta con una red internacional de contactos resultante de su calidad de ente coordinador de la cooperación técnica del sistema de las Naciones Unidas y de otras entidades bilaterales y multilaterales; y (vi) cuenta con sistemas automatizados de control financiero establecidos para elevar la eficiencia, transparencia y seguridad en el manejo de los fondos.

3. Estrategia del proyecto para la utilización de recursos del PNUD

La implementación del proyecto Salud Rural, luego de la enmienda al Contrato de Préstamo, se mantiene bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, quien es el responsable de ejecutar las acciones programadas en apego a la nueva estrategia acordada con el Banco Mundial para dar cumplimiento al Plan de Acción.

Según los nuevos términos de la Enmienda, una parte del componente Agua y Saneamiento, particularmente la construcción y/o rehabilitación de acueductos rurales y letrinas, se ejecutará con la colaboración de tres agencias de implementación: el FIS, UNICEF y los Municipios de Bugaba y Gualaca. El resto del componente Agua y Saneamiento así como los componentes Nutrición y Salud y Fortalecimiento Institucional lo ejecutará el Ministerio con el apoyo del PNUD.

El PNUD con los recursos del proyecto proveerá los insumos necesarios para el logro de los objetivos y resultados propuestos. Tales insumos se detallan en la sección D.2. de este documento.

4. Capacidad de Apoyo de la Contraparte

El Ministerio de Salud cuenta con la estructura organizacional y la correspondiente infraestructura básica instalada, para poder ofrecer el apoyo de

contraparte (en especie). Igualmente, dispone de mecanismos para la asignación de los recursos de contrapartida para desarrollar este proyecto.

En términos organizacionales, el Ministerio tiene ya en funcionamiento una Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) que es la responsable directa de la ejecución del proyecto y que opera físicamente en el edificio de la sede. La UCP, en la parte técnica, cuenta con personal capacitado y con mecanismos de coordinación y de apoyo del personal de los departamentos, tanto del nivel central como del nivel regional, que tienen una vinculación directa con los componentes del proyecto (estos son los Departamentos de Calidad de Agua, Nutrición, Promoción de la Salud y Materno-Infantil). En la parte administrativa y financiera, cuenta con personal gerencial, de adquisiciones, de contabilidad, de finanzas y de apoyo logístico capacitado para cumplir con sus respectivas funciones.

Por el lado de los recursos de contrapartida, estos provendrán del presupuesto nacional mediante la asignación directa a este proyecto en el Presupuesto de Inversiones del Ministerio de Salud. El monto de la contrapartida se especifica en la sección D.2. de este documento.

Al término de este proyecto, el Ministerio tiene programado convertir a la Unidad Coordinadora en la Dirección Nacional de Salud Rural, desde donde se seguirá programando y brindado los servicios ahora contemplados en el proyecto. Para ello se prevé el fortalecimiento de la Unidad tanto técnica como administrativamente, mediante un amplio plan de capacitación que permitirá darle continuidad a las acciones del proyecto y aumentar la eficiencia del Ministerio para así garantizar la sostenibilidad de los beneficios de cada uno de los componentes. A su vez, la conversión de la Unidad a Dirección garantizará la incorporación de los cambios institucionales, así como la implantación y funcionamiento de los nuevos sistemas de provisión de servicios, de planificación, monitoreo y evaluación y de información en la temática de salud rural.

Para fortalecer las tareas de administración se ha solicitado el apoyo del PNUD para los componentes descritos en la sección C de este documento. Igualmente, para fortalecer la ejecución se contará en el componente de Agua Potable y Saneamiento con la colaboración de UNICEF, las Municipalidades de Bugaba y Gualaca y del FIS y para el Componente de Salud y Nutrición con la figura legal de CONSALUD.

contrapartes de esta Carta de Enmienda.

Atentamente,

**BANCO INTERNACIONAL PARA
LA RECONSTRUCCION Y DESARROLLO**

Por: _____
Gerald M. La Forgia
Representante Autorizado

**APROBADO:
REPUBLICA DE PANAMA**

Por: _____
Juan Domingo Díaz
(Representante Autorizado)

Fecha: _____

ANEXO 1

1. La tabla a continuación describe las Categorías de los artículos a ser financiados fuera de las utilidades del Préstamo, la distribución de las cantidades del Préstamo en cada Categoría y el porcentaje de desembolsos por artículos financiados en cada Categoría:

<u>Categoría</u>	<u>Cantidad de la Distribución del Préstamo (Expresados al Equivalente al Dólar)</u>	<u>% de los Desembolsos para ser Financiados</u>
1 Servicios bajo los Subproyectos de Agua	8,125,000	70%
2 Bienes para los equipos médicos y materiales	5,210,000	100% de desembolsos extranjeros, 100% de desembolsos locales (costos de ex-fábrica) y 85% de desembolsos locales para otros artículos comprados localmente
(3) Servicios y piezas de repuestos para los trabajos civiles que se llevan a cabo por cuenta forzada	207,000	100% de desembolsos extranjeros, 100% de desembolsos locales (costos de ex-fábrica) y 85% de desembolsos locales para otros artículos comprados localmente

<u>Categoría</u>	<u>Cantidad de la Distribución del Préstamo (Expresados al Equivalente al Dólar)</u>	<u>% de los Desembolsos para ser Financiados</u>
(4) Subproyectos de la FIS		
(a) llevar a cabo procedimientos bajo proveeduría referirse en la Parte C.4 de la Sección de este Acuerdo	165,000	70%
(b) llevar a cabo otros procedimientos de proveeduría	105,000	70%
(5) Equipo médico y suministros	683,000	100%
(6) Servicios de Consultoría bajo la Parte A.1 del Proyecto	2,155,440	100%
(7) Entrenamiento	1,155,000	100%
(8) (a) Suplemento Alimenticio	2,876,900	100% de desembolsos hechos desde del 8 de octubre de 1996 hasta la cantidad agregada de retiros bajo esta categoría alcanza los \$2,100,000, y el 60% de esto

<u>Categoría</u>	<u>Cantidad de la Distribución del Préstamo (Expresados al Equivalente al Dólar)</u>	<u>% de los Desembolsos para ser Financiados</u>
(b) Materiales agrícolas y suministros bajo los Subproyectos de las Fincas Comunitarias	331,660	100%
(9) Servicios de Salud y Nutrición Básica bajo la Parte A.1 del Proyecto	3,600,000	60%
Cargos del Agente de Proveeduría	386,000	100%
(11) No distribuidos	0	
TOTAL	25,000,000	

PLAN 2

Descripción del Proyecto

Los objetivos del Proyecto son: (a) reducir la incidencia de la desnutrición entre los niños menores de 5 años, mujeres lactantes y embarazadas, (b) incrementar la protección para abastecer agua y el saneamiento en las áreas rurales del Prestatario, (c) entrenar a la JAA para que mejore su capacidad de operación y mantenimiento de los sistemas que están bajo su responsabilidad y (d) fortalecer el plan de capacidad del MDS para que ejecute, monitoree y evalúe: (I) las políticas, estrategias y estándares técnicos desarrollados por el sector de salud rural del Prestatario y (ii) la calidad de agua en el área rural.

El proyecto consiste en las siguientes partes; está sujeto a ciertas modificaciones del mismo así como acuerden tanto el Prestatario como el Banco de tiempo en tiempo para alcanzar dichos objetivos:

Parte A: Salud y Nutrición Básica

1. La provisión de salud básica integrada y los servicios de nutrición para los beneficiarios en las áreas rurales quienes conocen el criterio expresado en el adjunto C de la Carta Suplementaria, dichos servicios incluyen, entre otros: (a) monitoreo del estado nutricional, prevención y tratamiento de la desnutrición a través de la asesoría a madres lactantes y la provisión de los Suplementos Alimenticios y (b) cuidado básico preventivo y curativo.
2. Diseñar e implementar un programa de entrenamiento para el beneficio de los Proveedores de Servicio el cual consiste, entre otros: (a) actualizar las habilidades técnicas del personal de los Proveedores de Servicio; (b) proponer metodologías para la organización efectiva y entrega del cuidado de salud básica y los servicios de nutrición y (c) mejorar el manejo financiero, recursos humanos y capacidad administrativa de los Proveedores de Servicio, todo para apoyar la provisión de servicios en la que se refiere la Parte A.1 del Proyecto.
3. Ejecutar los 92 Subproyectos de Fincas Comunitarias.

Parte B: Abastecimiento de Agua y Saneamiento en Areas Rurales

1. Llevar a cabo los subproyectos los cuales consisten en cualquier:
 - (a) promoción, diseño, construcción y supervisión acerca de:
 - (i) 273 nuevos sistemas de abastecimiento de agua en áreas rurales, y
 - (ii) 2,720 letrinas, o

- (b) renovación o expansión de acuerdo a los 44 sistemas de abastecimiento de agua en comunidades rurales, como sea el caso, todo de acuerdo con el criterio expresado en el adjunto D de la Carta Suplementaria.
2. (a) Establecimiento o regularización de JAA.
 - (c) Diseño e implementación de un programa piloto para el beneficio de acerca 50 JAA el cual consiste, entre otros, suministrar asistencia técnica y entrenamiento a dicha JAA en la promoción de participación comunitaria en la operación y mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua en las áreas rurales.
 3. Establecimiento del sistema nacional de control de calidad de agua en las áreas rurales del Prestatario, incluyendo, entre otros:
 - (a) actualizar los 6 laboratorios regionales de prueba de agua (seleccionados por el Prestatario de acuerdo con el criterio aceptable al Banco) por razones de realizar análisis biológicos y fisico-químicos de agua, incluyendo la provisión de entrenamiento requerido del mismo.
 - (b) actualizar los sistemas existentes de información computarizados en los recursos de agua rural por razones de incluir en dichos sistemas de información una vigilancia en la calidad de agua.
 - (c) diseño e implementación de un programa piloto basado en el monitoreo de la calidad de agua comunitaria.

Parte C: Reforzamiento Institucional

1. Reforzar la capacidad institucional y técnica del MDS, entre otros, llevar a cabo Parte A y B del Proyecto y ejecutar las regulaciones ambientales de salud con relación a la calidad de agua en su valorización y vigilancia y la contaminación y polución que lleva el agua.
2. Reforzar la capacidad operativa del PCU para asistir al Prestatario en la coordinación, monitoreo y supervisión del Proyecto.
3. Contratar un Agente de Proveeduría.

El Proyecto se espera que sea completado para el 31 de diciembre de 2001.

PLAN 4**Proveeduría**Sección I. Abastecimiento de Bienes y ServiciosParte A: Introducción

Los bienes y servicios deberán ser suministrados de acuerdo con las provisiones de la Sección I de los "Directrices para Proveeduría bajo el Préstamo de IBRD y el Crédito de IDA" publicado por el Banco en el mes de enero de 1995 y revisado en los meses de enero y agosto de 1996, y los meses de setiembre de 1997 y enero de 1999 (las Directrices) y las siguientes provisiones de la Sección I de este Plan.

Parte B: Licitación Competitiva Internacional

1. Exceptuando en otras circunstancias provistas en Parte C de esta Sección, los bienes deberán ser suministrados bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de la Sección II de las Directrices y párrafo 5 del Suplemento I del mismo.
2. Las siguientes provisiones deberán aplicar los bienes y servicios para ser suministradas de acuerdo con las provisiones de párrafo 1 de esta Parte B.

(a) Colocación de Contratos

En su extensión práctica, los contratos de servicio (incluyendo equipo médico, suministros y vehículos) deberán ser colocados en paquetes de licitación a un costo estimado equivalente a \$250,000 o más cada uno.

(b) Preferencia por Bienes Fabricados Localmente

Las provisiones de los párrafos 2.54 y 2.55 de las Directrices y Apéndice 2 de los mismos deberán ser aplicado a los bienes fabricados en el territorio del Prestatario.

Parte C: Otros Procedimientos de Proveeduría1. Licitación Internacional Limitada

El costo del Suplemento Alimenticio por encima de \$100,000 por contrato deberá ser suministrado bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones del párrafo 3.2 de las Directrices.

2. Licitación Competitiva Nacional

- (a) El equivalente del costo estimado de los trabajos civiles de \$250,000 o más por contrato deberá ser suministrado bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.3 y 3.4 de las Directrices.
- (b) El equivalente del costo estimado de los bienes (además de los Suplementos Alimenticios y vehículos), incluyendo equipo médico y suministros por más de \$25,000 pero menos de \$250,000 por contrato, y arriba de una cantidad agregada equivalente a: (I) \$207,000 en el caso de suministro de bienes requeridos por trabajos civiles serán aplicados en una cuenta obligada; y (ii) \$260,000 en el caso de suministro de otros bienes (incluyendo equipo médico y suministros), podrían ser suministrados bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.3 y 3.4 de las Directrices.
- (c) Los vehículos arriba de una cantidad agregada equivalente a \$125,000, podría ser suministrada bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.3 y 3.4 de las Directrices.
- (d) El suministro de bienes y servicios bajo esta Parte deberá ser realizada utilizando los documentos de una licitación permanente admisible al Banco.

3. Compras

- (a) El costo estimado al Suplemento Alimenticio es de un equivalente de \$100,000 o menos por contrato, o arriba de una cantidad equivalente agregada a \$900,000 podría ser suministrada bajo los contratos asignados en la base de los procedimientos de compras internacionales o nacionales, a opción del Prestatario, de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.5 y 3.6 de las Directrices.
- (b) Los Bienes (otros que sean los Suplementos Alimenticios, vehículos, materiales agrícolas y suministros financiados por los Subproyectos de las Fincas Comunitarias), incluyendo equipo y suministros médicos, el costo estimado equivalente a \$25,000 o menos por contrato, arriba de una cantidad agregada equivalente a: (I) \$75,000, en el caso de bienes requeridos por trabajos civiles que sean realizados por una cuenta obligada, (ii) \$100,000 en el caso de suministro de bienes (incluyendo equipo y suministros médicos), podrán ser suministrados bajo los contratos asignados en base a los procedimientos de compras internacionales y nacionales, a opción del Prestatario, de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.5 y 3.6 de las Directrices.
- (c) Materiales y suministros agrícolas financiados bajo los Subproyectos de la Finca Comunitaria deberán ser suministrados bajo contratos asignados en base a los procedimientos de compras nacionales de acuerdo con las

provisiones del párrafo 3.5 y 3.6 de las Directrices.

4. Proveeduría de Trabajos Pequeños

El costo estimado en trabajos civiles equivalente de menos de \$250,000 por contrato o arriba de una cantidad agregada equivalente a \$10,774,000, podría ser suministrado bajo contratos por una suma total o precios fijados en base a 3 cotizaciones obtenidas de contratistas calificados nacionales en respuesta a una invitación por escrito. La invitación deberá incluir una descripción detallada de los trabajos, incluyendo especificaciones básicas, la fecha de entrega del trabajo, formulario de contrato admisible al Banco, y dibujos o bosquejos relevantes si el caso lo amerita. El contratista asignado deberá ser aquel que presente la cotización con precio más bajo para el trabajo que se requiera y que tenga la experiencia y los recursos para completar satisfactoriamente el contrato.

5. Contratos Directos

El costo estimado para los contratos para trabajos pequeños ubicados en áreas rurales equivalente a \$35,000 o menos por contrato, arriba a una cantidad agregada de \$200,000, podrían ser suministrados de acuerdo a los procedimientos admisibles al Banco.

Parte D: Revisión del Banco a las Decisiones de Proveeduría

1. Planificación de Proveeduría

El suministro de todos los bienes y servicios deberán ser garantizados de acuerdo con el plan de proveeduría, admisible al Banco.

2. Revisión Anterior

(a) Con respecto a: (i) cada contrato por servicios será suministrado bajo la Parte B de esta Sección; (ii) cada contrato de Suplementos Alimenticios será suministrado bajo la Parte C de esta Sección y (iii) cada contrato por servicios será suministrado por la Parte C.2 (a) de esta Sección, los procedimientos expuestos en los párrafos 2 y 3 del Apéndice I de las Directrices a las que aplica.

(b) Con respecto a los primeros 2 contratos por servicios serán suministrados en los años 2000 y 2001 por cada Entidad Implementadora y el MDS bajo la Parte B.1 del Proyecto de acuerdo con los procedimientos referidos en la Parte C.4 de esta Sección, los siguientes procedimientos deberán aplicar:

(i) antes de la ejecución de cualquier contrato suministrado bajo las bases de los procedimientos de cotizaciones, el Prestatario suministrará al Banco un reporte de comparación y evaluación de las cotizaciones

recibidas,

- (ii) antes de la ejecución de cualquier contrato suministrado bajo las bases de los procedimientos de cotizaciones, el Prestatario suministrará al Banco una copia de las especificaciones y el borrador del contrato, y
- (iii) los procedimientos expuestos en los párrafos 2 (f), 2 (g) y 3 del Apéndice 1 de las Directrices a las que aplica.

3. Revisión Posterior

Con respecto a cada contrato no regido por el párrafo 2 de esta Parte, los procedimientos expuestos en el párrafo 4 del Apéndice 1 de las Directrices a las que aplica.

Sección II. Contratación de Consultores

Parte A. Introducción

Los servicios de los consultores deberán ser suministrados de acuerdo con las provisiones de la Introducción y Sección IV de las "Directrices: Selección y Contratación de Consultores por el Banco Mundial del Prestatario" publicado por el Banco en enero de 1997 y revisado en setiembre de 1997 y enero de 1999 (las Directrices del Asesor) y las siguientes provisiones de la Sección II de este Programa.

Parte B. Selección basada en Calidad y Costo

1. Exceptuando en otras circunstancias provistas en la Parte C de esta Sección, los servicios de los consultores deberán ser suministrados bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de la Sección II de las Directrices de los Consultores, párrafo 3 del Apéndice 1 de la misma, Apéndice 2 de la misma, y las provisiones de los párrafos 3.13 hasta el 3.18 de la misma aplicable a la selección basada en calidad y costo de los consultores.
2. Las siguientes provisiones deberán aplicar los servicios de los consultores que son suministrados bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones del párrafo precedente. La corta lista de consultores para los servicios de consultoría para la supervisión de la provisión de los servicios y los trabajos civiles bajo las Partes A.1 y B.1 del Proyecto, respectivamente, el costo estimado menor de \$200,000 equivalente por contrato, podría comprometer totalmente a los consultores nacionales de acuerdo con las provisiones del párrafo 2.7 de las Directrices de los Consultores.

Part C. Otros Procedimientos para la Selección de Consultores

1. Selección de Bajo Costo

Los servicios de consultores para el Proyecto (a parte de las Partes A.1 y C.3 del Proyecto) están estimados a un costo menor equivalente a \$200,000 por contrato podría ser suministrado bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.1 y 3.6 de las Directrices de los Consultores.

2. Selección Basada en las Capacidades de los Consultores

Los servicios de consultores para el Proyecto (a parte de las Partes A.1 y C.3 del Proyecto) están estimados a un costo menor equivalente a \$100,000 por contrato podría ser suministrado bajo los contratos asignados de acuerdo con las provisiones de los párrafos 3.1 y 3.7 de las Directrices de los Consultores.

3. Selección Sencilla de Origen

La Parte C.3 de los servicios de consultores del Proyecto podría, con el acuerdo anterior del Banco, ser suministrados de acuerdo con la provisiones de los párrafos 3.8 hasta el 3.11 de las Directrices de los Consultores.

4. Otros Consultores

Los servicios de los consultores del Proyecto (a parte de la Parte A.1 del Proyecto) que reúnen los requisitos que se mencionan en el párrafo 5.1 de las Directrices de los Consultores las cuales deberán ser suministradas bajo los contratos asignados a otros consultores de acuerdo con las provisiones de los párrafos 5.1 hasta 5.3 de las Directrices de los Consultores.

Parte D. Revisión del Banco de las Selección de Consultores

1. Planificación de la Selección

La selección de todos los servicios de los consultores deberán estar garantizadas de acuerdo con un plan de selección, admisible al Banco.

2. Revisión Anterior

- (a) El costo estimado en relación a cada contrato para la contratación de las firmas consultoras tiene un equivalente a \$100,000 o más, los procedimientos mencionados en los párrafos 1, 2 (a parte del tercer subpárrafo del párrafo 2 (a)) y 5 del Apéndice 1 de las Directrices del Consultor a las que aplica.
- (b) El costo estimado en relación a cada contrato de contratación de las firmas consultoras tiene un equivalente menor que \$100,000, los términos de referencia y las pequeñas listas de firmas consultoras deberán ser suministradas al Banco para su previa revisión y aprobación. El contrato deberá ser asignado solamente después que dicha aprobación sea dada.

- (c) El costo estimado en relación a cada contrato de contratación de las firmas consultoras tiene un equivalente de \$50,000 o más, las cualidades, experiencia, términos de referencia y términos de contratación de los consultores deberán ser suministradas al Banco para su previa revisión y aprobación. El contrato deberá ser asignado solamente después que dicha aprobación sea dada.
- (d) El costo estimado en relación a cada contrato de contratación de consultores externos tiene un equivalente menor de \$50,000 los términos de referencia de los consultores deberán ser suministrados al Banco para su previa revisión y aprobación. El contrato deberá ser asignado solamente después que dicha aprobación sea dada.

3. Revisión Posterior

Con respecto a cada contrato no regido por el párrafo 2 de esta Parte, los procedimientos expuestos en el párrafo 4 del Apéndice 1 de las Directrices a las que aplica.

Sección III. Provisiones Especiales

- A. En adición y sin limitación a cualquier otra provisión mencionada en este Programa o las Directrices, los siguientes principios de proveeduría deberán regir expresamente todo abastecimiento de bienes y servicios a los que se refieren en las Partes B.1 y C.1 de esta Sección de este Programa.
 - 1. Licitaciones extranjeras no deberán requerir de:
 - (a) tener un representante local por razones para someter licitaciones,
 - (b) estar registrado con las autoridades locales como un prerequisite para licitar, y
 - (c) estar asociado a contratistas o suplidores locales.
 - 2. Las licitaciones podrían ser:
 - (a) sometidas en cualquier tiempo razonable antes del comienzo de la licitación, ya sea por correo, courier o en persona, y
 - (b) acompañadas por una licitación garantizada en el formulario o cantidad específica en los documentos permanentes de la licitación.
 - 3. No deberá haber una asignación provisional durante el tiempo del comienzo de la licitación.

4. No se deberá requerir un cantidad mínima de licitaciones para asignar un contrato.
 5. Los contratos deberán ser asignados al licitador el cual su licitación ya haya sido evaluada como la más baja y consistente, de acuerdo con el criterio claramente mencionado en los documentos permanentes de la licitación.
 6. Después de asignar un contrato, el desempeño de las garantías deberá ser provisto dentro del período de tiempo, y en una forma y cantidad específica en los documentos permanentes de la licitación.
- B. En adición y sin limitación de cualquier otras provisiones mencionadas en este Programa o en las Directrices, los siguientes principios de proveeduría deberán regir expresamente todo abastecimiento de bienes y servicios en los que se refieren la Parte C.2 de esta Sección de este Programa:
1. Las licitaciones podrían ser:
 - (a) sometidas en cualquier tiempo razonable antes del comienzo de la licitación, ya sea por correo, courier o en persona, y
 - (b) acompañadas por una licitación garantizada en el formulario o cantidad específica en los documentos permanentes de la licitación.
 2. No deberá haber una asignación provisional durante el tiempo del comienzo de la licitación.
 3. No se deberá requerir un cantidad mínima de licitaciones para asignar un contrato.
 4. Los contratos deberán ser asignados al licitador el cual su licitación ya haya sido evaluada como la más baja y consistente, de acuerdo con el criterio claramente mencionado en los documentos permanentes de la licitación.
 5. Los contratos por trabajos civiles deberán proveer sus avances, cuando sea apropiado.
 6. Después de asignar un contrato, el desempeño de las garantías deberá ser provisto dentro del período de tiempo, y en una forma y cantidad específica en los documentos permanentes de la licitación.
 7. Las provisiones para el ajuste del precio, admisible al Banco, podrían ser incluidas en los contratos por servicio.
- C. En adición y sin limitación de cualquier otras provisiones mencionadas en este Programa o en las Directrices, los siguientes principios de proveeduría deberán

regir expresamente todo abastecimiento de bienes y servicios en los que se refieren a la Sección 2 de este Programa:

1. Consultores externos no deberán requerir de:
 - (a) estar localmente registrados como una condición de participación en el proceso de selección,
 - (b) dar cualquiera participación o compartir cualquier contrato de consultoría a cualquier firma local o persona por las razones de participación en el proceso de selección o recibir la asignación, excepto en conexión conjunta en un acuerdo venturoso: (i) un número suficiente de firmas capaces locales o personas individuales que permitan a una consultoría extranjera una decisión razonable y libre, (ii) la contribución de cualquiera de ellas a llegar a un acuerdo conjuntamente y venturoso no será impedimento de ninguna manera para alcanzar la participación, y (iii) al consultor extranjero no se le requiere asociarse con cualquiera firma consultora local o persona individual.
 - (c) suministrar cualquier certificado emitido por una autoridad local acerca de su capacidad legal o su condición en impuestos para someter una propuesta, y
 - (d) suministrar pesonalmente sus propuestas.
2. Los consultores deberán ser seleccionados de una pequeña lista de firmas invitadas a someter sus propuestas en una base de términos de referencia, condiciones de contratación y evaluación del criterio claramente mencionado en la respectiva carta de invitación.