



Informe de Terminación de Proyecto

PCR

Nombre del Proyecto: Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria

País: Guatemala

Sector/Subsector: Salud/Servicios de Salud

Equipo de Proyecto Original: Marie Gaarder (RE2/SO2), Jefa de Equipo; Juan Manuel Fernández (RE2/SO2); Marcella Distrutti (RE2/SO2); Mariana Williman (RE2/SO2); André Medici (SDS/SOC); Miguel Coronado (LEG/OPR); Nohora Alvarado (COF/CGU); Juan Carlos Martell (COF/CGU); Nelson Hernández y Oscar Mendez (consultores).

Número de Proyecto: GU-L1009

Número de Préstamo, CT: 1852/OC-GU, ATN/JO-10292-GU

Fecha del CRG:

Fecha de Aprobación Final del PCR:

PCR Equipo: Autor Principal y Miembros: Ignacio Astorga (SPH/CGU); Ian William Mac Arthur (SCL/SPH); Adela Arreaga (CID/CGU); y Matilde Neret (SCL/SPH)

Índice

I.	INFORMACIÓN BÁSICA	4
II.	EL PROYECTO	5
	A. CONTEXTO DEL PROYECTO.....	5
	B. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	5
	i. Objetivo(s) del Desarrollo	5
	ii. Componentes	5
	C. REVISIÓN DE LA CALIDAD DEL DISEÑO (SI APLICA).....	7
III.	RESULTADOS	8
	A. EFECTOS DIRECTOS	8
	B. EXTERNALIDADES	10
	C. PRODUCTOS	11
	D. COSTOS DEL PROYECTO.....	16
IV.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	17
	A. ANÁLISIS DE LOS FACTORES CRÍTICOS	17
	B. DESEMPEÑO DEL PRESTATARIO/AGENCIA EJECUTORA.....	19
	C. DESEMPEÑO DEL BANCO	20
V.	SOSTENIBILIDAD	20
	A. ANÁLISIS DE FACTORES CRÍTICOS	20
	B. RIESGOS POTENCIALES	20
	C. CAPACIDAD INSTITUCIONAL	21
VI.	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	21
	A. INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS.....	21
	B. SEGUIMIENTO FUTURO Y EVALUACIÓN EX-POST	22
VII.	LECCIONES APRENDIDAS	22

Anexos

[ACTA TALLER DE CIERRE](#)

[EVALUACIÓN DEL PRESTATARIO](#)

[VERSIÓN FINAL INFORME DE SEGUIMIENTO DEL PROYECTO \(PMR\)](#)

Abreviaturas y Acrónimos

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INFHOS	Sistema de Información Hospitalaria
MGH	Modelo de Atención y Gestión de Hospitales Solidarios
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SIME	Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación

I. Información Básica

DATOS BÁSICOS (MONTO EN US\$)

NO. PROYECTO: GU-L1009

TÍTULO: Programa Fortalecimiento Red Hospitalaria

Prestatario: República de Guatemala
Agencia ejecutora (AE): Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

Fecha aprobación Directorio: 28 febrero 2007
Fecha efectividad contrato préstamo: 05 abril 2008

Fecha elegibilidad primer desembolso: 13 agosto 2008

Préstamo(s): 1852/OC-GU
Sector: Salud/Servicios de Salud

Meses en ejecución

* desde aprobación: 130

* desde efectividad del contrato: 117

Instrumento de préstamo: ESP (*Specific Investment Operation*) Inversión - Específico

Períodos de desembolso

Fecha original desembolso final: 5 abril 2012

Fecha actual desembolso final: 30 diciembre 2017

Extensión acumulativa (meses): 68

Extensión especial (meses): 33

Monto préstamo(s)

* **Monto original:** US\$50.000.000

* **Monto actual:** US\$49.382.715,78

* **Pari Passu (si aplica):** 99,45%

Desembolsos

Monto a la fecha: US\$49.382.715,78 (100,0%)

Costo Total del Proyecto (Estimado Original): US\$52.282.000

Re direccionamiento

Este proyecto:

- recibió fondos de otro proyecto?

[]

- Envío fondos a otro proyecto?

[]

- N/A

[X]

Reducción de Pobreza (PTI): Si

Equidad Social (SEQ): Si

Clasificación ambiental: C

En estado de "Alerta"

Está el proyecto "en alerta" por PAIS: No

Resumen de la Clasificación de Desempeño

OD	<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input type="checkbox"/> Probable (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
PI	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (I)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
SO	<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)

II. El Proyecto

a. Contexto del Proyecto

Cuando el programa se diseñó la mortalidad infantil en Guatemala era de 39 por cada 1.000 nacidos vivos, el 49% de los niños menores de cinco años tenía desnutrición crónica y el 13% de la población carecía de atención médica, siendo en su mayoría indígena, rural o urbano-marginal, y en condiciones de pobreza. El programa era consistente con la estrategia 2004-2007 para Guatemala.

En ese entonces, el deterioro de la infraestructura y el equipamiento hospitalario era notable. En Ciudad de Guatemala existía una alta concentración de atención médica ambulatoria en los centros de referencia nacional del tercer nivel (Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios), reducía el acceso a los servicios, elevaba los costos de operación y dificultaba la atención de los casos que requerían atención especializada. La gestión hospitalaria era débil por falta de un modelo de organización y gestión que permitiera organizar de manera adecuada los procesos hospitalarios (gestión clínica, apoyo clínico, apoyo no clínico, apoyo administrativo).

En la actualidad la población del país ha aumentado y se ha concentrado en áreas urbanas, en especial en asentamientos precarios como los de los municipios de Villa Nueva y San Miguel Petapa, en el departamento de Guatemala. Esto ha significado una mayor demanda por servicios asistenciales y hospitalarios en el suroeste del departamento.

b. Descripción del Proyecto

i) Objetivo(s) del Desarrollo

El fin del programa era mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca. El objetivo era fortalecer la infraestructura de la red de servicios de salud a través de la inversión física en la red hospitalaria, congruente con un adecuado manejo ambiental de los hospitales y apoyando el fortalecimiento de la gestión hospitalaria. Para cumplir con estos objetivos, contó con los siguientes componentes:

ii) Componentes

Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de salud (US\$43.745.034), fue el más importante en términos de inversión y contó con dos subcomponentes: (i) Construcción de hospitales para la red metropolitana de salud, cuyo objetivo fue configurar redes de servicios que permitieran desconcentrar la demanda que recibían los hospitales de referencia nacional y solucionar el déficit de cobertura hospitalaria en áreas de gran concentración de población; y (ii) Rehabilitación de infraestructura hospitalaria, con el objetivo de rehabilitar la infraestructura de los hospitales seleccionados para el mejoramiento de las condiciones de la red hospitalaria. Se financiarían los costos de pre-inversión, infraestructura y equipamiento de hospitales de la red, para que estos cumplieran con las normas ambientales del país.

Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de desechos hospitalarios (US\$3.080.000), que tuvo como objetivo apoyar el fortalecimiento técnico y financiero del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para

programar y ejecutar estrategias que garantizaran la sostenibilidad de las inversiones del programa, en cuanto a mantenimiento, sistema de manejo de desechos hospitalarios, fortalecimiento de la capacidad reguladora del MSPAS y elaboración de un plan de acción para asegurar la operación y el mantenimiento de los hospitales beneficiados.

Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria (US\$2.008.000), el cual fue financiado con recursos de la cooperación técnica japonesa y tuvo como objetivo facilitar la implementación del Modelo de Atención y Gestión de Hospitales Solidarios (MGH), el cual se concentró en tres áreas: (i) institucional, a través de la descentralización de la estructura organizativa de los hospitales hacia niveles gerenciales y comités técnicos y de gestión; (ii) recursos, por medio de la descentralización de los recursos presupuestales y humanos, así como la función de adquisiciones del MSPAS hacia los hospitales; y (iii) reorganización de servicios (farmacia, enfermería, etc.) y provisión de nuevos servicios, como orientación al público.

Componente IV. Monitoreo y evaluación (US\$747.000), que tuvo como objetivo apoyar al MSPAS en las actividades de supervisión, seguimiento y evaluación y en la comunicación social del programa, así como en el financiamiento de los gastos administrativos requeridos para el fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa-financiera de las dependencias del MSPAS, relacionadas directamente con la ejecución del programa.

Durante la ejecución, se hicieron cambios en los siguientes productos:

1. En el sub-componente 1.1, se había previsto originalmente la pre-inversión y construcción de tres hospitales de mediana complejidad en los municipios de Villa Nueva y Mixco, así como en la zona 18 de ciudad de Guatemala, los cuales contarían con 92 camas y tendrían un costo de US\$8,5 millones cada uno. Sin embargo, debido a la imposibilidad de obtener los terrenos necesarios para dos de ellos y a la previsión de que los tamaños de los hospitales no responderían a la demanda esperada, el MSPAS solicitó que los recursos se concentraran en la construcción de un hospital general de alta complejidad, en Villa Nueva, con 138 camas y un costo aproximado de US\$28,7 millones. Este cambio fue relevante para el proyecto ya que el hospital construido tiene mayor envergadura y complejidad que los hospitales que se tenía previsto construir. El contrato de construcción fue adjudicado en mayo 2011 (el plazo original de último desembolso era abril 2012). Esta decisión de hacer un hospital de alta complejidad fue la razón principal por la que el plazo de implementación se extendió por 68 meses del programa.
2. En el sub-componente 1.2, se sustituyeron los 13 hospitales que habían sido previamente seleccionados durante el diseño del programa, por 10 ubicados en los departamentos afectados por el terremoto de 2012.
3. En el Componente II se había planificado elaborar 13 planes de mantenimiento y de manejo de desechos hospitalarios para los hospitales previamente seleccionados durante el diseño del programa. Se logró elaborar 10 planes de mantenimiento correspondiente a los hospitales afectados por el terremoto de 2012 y uno para el nuevo hospital de Villa Nueva, por lo cual el programa finalmente financió la elaboración de 24 de ellos.

4. En el Componente II, se tenía como meta que al término del programa se contaría con cuatro redes de recolección y tratamiento de desechos hospitalarios. Sin embargo, la empresa seleccionada para constituir las redes incumplió con el contrato, específicamente con la entrega de los equipos y sistemas para su posterior instalación, y no fue posible crear las redes. La recolección, tratamiento y disposición de residuos hospitalarios se está llevando a cabo mediante la externalización de servicios. El MSPAS (con recursos propios) licitó el contrato de servicio de gestión de residuos hospitalarios a una empresa la cual ha brindado el servicio de manera adecuada. Por lo que se ha podido contar con recolección y disposición de residuos y el MSPAS ha establecido la compra de este servicio como política pública. La externalización de estos servicios se considera como buena práctica y en otros países de la región la tendencia también es externalizar estos servicios por el nivel de especialización que se requiere.

c. Revisión de la Calidad del Diseño

De manera general, el diseño del programa fue adecuado¹ para atender las solicitudes del MSPAS, en términos de incrementar la cobertura de atención de los servicios de salud, principalmente a población indígena, rural y urbana marginal, en condición de pobreza. El fortalecimiento de la infraestructura de la red de servicios de salud a través de la inversión física en la red hospitalaria, el adecuado manejo ambiental, y el fortalecimiento de la gestión hospitalaria, resultaron imprescindibles para mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, durante el diseño no se dimensionó adecuadamente la demanda asistencial (ej. camas) que los nuevos hospitales deberían atender y tampoco se identificaron los requerimientos formales (como la existencia de un acuerdo ministerial) para la institucionalización del mantenimiento. Esto corresponde a las debilidades en capacidad de planificación.

El diseño es consistente con los problemas descritos: (i) las inversiones hospitalarias propuestas para el área de Guatemala contribuirían a contener la demanda hacia los hospitales Roosevelt y San Juan de Dios, asimismo los proyectos de mejoramiento hospitalario contribuirían a mejorar su capacidad operacional; (ii) la creación de la red de recolección de residuos así como la definición y gestión de los planes de mantenimiento contribuyen a mejorar la operación de los hospitales y (iii) el diseño y puesta en marcha de un modelo de gestión hospitalaria contribuye a mejorar el desempeño integral de los hospitales.

Durante la ejecución fue necesario ajustar varios productos. (1) Al aprobarse el proyecto se contaba con dos de los tres terrenos para hospitales, lo que permitió avanzar con la pre-inversión de Mixco y Villa Nueva. Durante la ejecución no fue posible avanzar con las construcciones en Mixco y Zona 18 por problemas de disponibilidad (zona 18) factibilidad legal de los terrenos (Mixco), como resultado, los recursos se concentraron en Villa Nueva, incrementando su tamaño y complejidad. (2) De los 13 hospitales a rehabilitar, se declararon desiertas 2 licitaciones, y adicionalmente el terremoto del 2012 obligó a repriorizar las obras y permitió adjudicar con celeridad los contratos. (3) El proveedor de equipos para las redes de recolección de residuos no cumplió con el contrato, lo que derivó en la externalización de los servicios de recolección de residuos.

¹ Para el MSPAS sigue siendo una prioridad construir los dos nuevos hospitales, uno en Mixco y otro en zona 18.

Otro tema a resaltar es que durante el diseño, se identificaron los actores clave que pudieron afectar positiva o negativamente la ejecución del programa, así como aquellos elementos que, en el momento de su planificación, estaban fuera del control directo de la gerencia y que podían afectar su viabilidad. Dado que el tipo de obras de infraestructuras cambiaron en cantidad y complejidad, y que eso implicó que el proyecto se extendiera significó cambios en su administración.

Revisión de la Calidad del Diseño			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Plenamente Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Menos que Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Insatisfactorio (I)

III. Resultados

a. Efectos Directos

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE FIN (IMPACTO)					
1. Objetivos de Fin (Impacto)					
El acceso y la calidad de los servicios hospitalarios de salud mejorada					
1.1 Embarazadas con parto atendido institucionalmente					
1.2 Casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) atendidos y tratados en menores de 5 años					
1.3 Casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) atendidos y tratados en menores de 5 años					
Clasificación: PP.					
Indicadores Claves de Impactos					
<u>Impactos Directos Planeados:</u>			<u>Impactos Directos Logrados²</u>		
Línea de Base		Término del Proyecto			
1.1B	41% (2007)	1.1E 60% (2017)	1.1	65.6%	(2017)
1.2B	23% (2007)	1.2E 30% (2017)	1.2	41.9%	(2017)
1.3B	14% (2007)	1.3E 20% (2017)	1.3	50.4%	(2017)
Los datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 2014-2015, páginas 38 y 46.					

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)					
1. Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito) Acceso y deterioro de la red					
Red de servicios de salud fortalecidos.					
1.1 Pacientes de procedencia de Mixco y Villa Nueva atendidos en Hospitales de Referencia Nacional					
1.2 Consultas externas sobre total de atendidos en Hospitales de Referencia Nacional					
1.3 Variación Volumen total de atención (externa, emergencia, internaciones) en hospitales rehabilitados respecto a línea base					
1.4 Deterioro de la red hospitalaria regional y departamental					
Clasificación: PP.					
Indicadores Claves de Efectos Directos					
<u>Resultados Directos Planeados:</u>			<u>Resultados Directos Logrados</u>		
			1.1	34%	(2017)

² Los indicadores son de alcance nacional e incluyen hospitales beneficiados y no beneficiados por el programa. La mayor contribución del programa se estima en el indicador de parto institucional.

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)									
Línea de Base			Término del Proyecto			1.2 88.6% (2017)			
1.1B	34%	(2006)	1.1E	20%	(2017)	1.3 830,543 (2017)			
1.2B	36%	(2006)	1.2E	20%	(2017)	1.4 0.48% (2017)			
1.3B	159,839	(2008)	1.3E	191,807	(2017)	SD = sin datos			
1.4B	0.58%	(2006)	1.4E	0.40%	(2017)				
En el indicador 1.3 se cambió la unidad de medida, de porcentaje a cifras absolutas (con meta de 20% a 191.807 pacientes en vez de al final del proyecto para que las cifras pudieran contribuir a las metas corporativas.									
2. Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito) Mantenimiento y calidad									
Mantenimiento y manejo de desechos sólidos hospitalarios mejorado.									
2.1 Presupuesto total para mantenimiento de los hospitales rehabilitados									
2.2 Ejecución del presupuesto anual de mantenimiento									
Clasificación: PP.									
Indicadores Claves de Efectos Directos									
Resultados Directos Planeados:						Resultados Directos Logrados			
Línea de Base			Término del Proyecto			2.1 1.7% (2017)			
2.1B	1,63%	(2006)	2.1E	3%	(2017)	2.2 76% (2017)			
2.2B	100%	(2006)	2.2E	100%	(2017)				
3. Objetivos de Desarrollo(s) (Propósito) Eficiencia									
Gestión hospitalaria fortalecida.									
3.1 Giro de camas (GC) de los hospitales rehabilitados/GC de los hospitales no intervenidos del mismo nivel									
3.2 Variación Cirugías por quirófano (CQ) en los hospitales rehabilitados por el programa/CQ en los hospitales no intervenidos									
3.3 Nivel de satisfacción con la atención recibida entre población indígena									
Clasificación: PP.									
Resultados Directos Planeados:						Resultados Directos Logrados			
Línea de Base			Término del Proyecto			3.1 71,77% (2017)			
3.1B	94%	(2008)	3.1E	110%	(2017)	3.2 96,6% (2017)			
3.2B	100%	(2007)	3.2E	110%	(2017)	3.3 91,0% (2017)			
3.3B	70%	(2010)	3.3E	70%	(2017)				
Reformulación.									
[X] N/A									
Reajuste PMR: indicar si y cuándo el PMR fue reajustado, y explicar cambios que resultaron de este ejercicio.									
[X] N/A									
Resumen del(os) Objetivo(s) de Desarrollo Clasificación (OD):									

LOGRO DEL LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO (OD)			
<input type="checkbox"/> Muy Probable(MP)	<input type="checkbox"/> Probable (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Probable (PP)	<input type="checkbox"/> Improbable (MI)
<p>Justificación de la clasificación</p> <p>El objetivo era fortalecer la infraestructura de la red de servicios de salud a través de la inversión física en la red hospitalaria, congruente con un adecuado manejo ambiental de los hospitales y apoyando el fortalecimiento de la gestión hospitalaria. Si bien se logró fortalecer la infraestructura mediante la construcción de 1 hospital y la rehabilitación de otros 10 hospitales, no se alcanzó la meta planificada. Se hicieron también avances en lo que se refiere manejo ambiental y algunos avances en el fortalecimiento de la gestión hospitalaria. Ya que el cumplimiento de metas fue mixto y parcial, se considera poco probable lograr el objetivo de desarrollo.</p> <p>En lo que se refiere al fortalecimiento de la red de servicios de salud, si bien se construyó un hospital y se rehabilitaron y equiparon 10 hospitales el objetivo de desarrollo se considera poco probable a lograrse porque varios de los indicadores no se lograron. La disminución en el número de pacientes procedentes de Mixco y Villanueva que atendidos en los hospitales de referencia nacional no pueden ser atribuibles al programa, pues de los tres hospitales planificados solamente el de Villa Nueva ha sido construido, y puso en funcionamiento la consulta externa a fines del 2018. El porcentaje de consultas externas sobre el total de atendidos en los hospitales de referencia nacional aumentó en lugar de disminuir, debido a que se carece de redes de atención primaria que permitan reducir la demanda que reciben estos hospitales. El grado de deterioro de la red hospitalaria estuvo por encima de lo planificado. El único indicador alcanzado en este objetivo fue el aumento del volumen total de atención en los hospitales rehabilitados.</p> <p>En referencia al indicador de mejora del mantenimiento hospitalario, si bien se ha sobrepasado la meta de contar con 13 planes de mantenimiento, y se logró a 24, se considera que el objetivo de desarrollo también resultó poco probable, pues aun cuando los hospitales rehabilitados por el programa contaban con planes de mantenimiento elaborados, no se tenían fondos suficientes para el mantenimiento preventivo sino únicamente para el correctivo, sin incluir recursos para mantenimiento preventivo. Además, debido a restricciones en la gestión del presupuesto, la ejecución del mantenimiento hospitalario estuvo por debajo del 100% en cada año de implementación del programa. Un elemento clave es que se carece de un Acuerdo Ministerial para mantenimiento hospitalario, lo que impide una adecuada presupuestación de los recursos necesarios para este propósito.</p> <p>Solo uno de los tres indicadores del fortalecimiento de la gestión hospitalaria superó la meta, los otros dos estuvieron por debajo de la línea base. Asimismo, se lograron los indicadores de impacto que contribuyen a mejorar la calificación de los OD y dejarlos en la calificación propuesta.</p>			
<p>Estrategia de País:</p> <p>El objetivo principal de la estrategia 2004-2007 del BID para Guatemala (mayo 2005) era la reducción de la pobreza, para lo cual incorporó dos objetivos estratégicos interrelacionados: (i) mejorar las condiciones para una producción más eficiente e incorporar sectores excluidos al proceso de producción; y (ii) mejorar el capital humano con equidad. El programa fue consistente con este último objetivo, ya que focalizaba sus acciones para mejorar los servicios de salud de la población, en especial mediante el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y la renovación y rehabilitación de la infraestructura hospitalaria.</p>			

b. Externalidades

Externalidades positivas. El MGH que estaba previsto llevarse a cabo en nueve hospitales, sin embargo, el Modelo fue absorbido por la Dirección de Hospitales del MSPAS y fue formalizado a través de un Acuerdo Ministerial para ser aplicado de manera gradual a todos los hospitales de la red pública. Lo que mejorará la calidad, eficacia y eficiencia de los hospitales.

Externalidades negativas. No se informó a la población que no se construirían los hospitales de Zona 18 y Mixco, lo que generó inicialmente incertidumbre en la población con respecto a los hospitales que se construirían en el área metropolitana.

c. Productos

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)										
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto									
Componente I: Fortalecimiento de la red de servicios de salud Costo total Componente I: US\$43.745.034 Contrapartida: US\$0 BID: US\$43.745.034 Desembolso BID %: 100% Clasificación: PS Si bien se construyó el Hospital Villa Nueva, la clasificación PS fue aplicada porque el objetivo de contar con tres hospitales con obras finalizadas no fue alcanzado, por la imposibilidad de conseguir terrenos para dos hospitales. Si bien el hospital de Villa Nueva es de mayor envergadura había expectativa en la población de contar con tres hospitales. Se ha clasificado poco satisfactorio, por los cambios en el diseño del hospital de Villa Nueva y los sobre plazos durante la construcción del mismo.	<u>Productos Planeados</u> 1.1 Hospital de Villa Nueva construido e instalado el equipo fijo. 1.2 Hospitales rehabilitados y equipados. 1.3 Estudio de pre-inversión para la construcción del Hospital de Mixco elaborado. <table><tr><th>Línea Base</th><th>Al Término del Proyecto</th></tr><tr><td>1.1B 0 (2008)</td><td>1.1E 16.135 m² (2017)</td></tr><tr><td>1.2B 0 (2008)</td><td>1.2E 13 hospitales (2017)</td></tr><tr><td>1.3B 0 (2008)</td><td>1.3E 1 estudio (2017)</td></tr></table>	Línea Base	Al Término del Proyecto	1.1B 0 (2008)	1.1E 16.135 m ² (2017)	1.2B 0 (2008)	1.2E 13 hospitales (2017)	1.3B 0 (2008)	1.3E 1 estudio (2017)	<u>Fin de Proyecto</u> <u>Término de Proyecto</u> <hr/> 1.1 16.135 m ² (2017) 1.2 10 hospitales (2017) <hr/> 1.3 1 estudio (2017)
Línea Base	Al Término del Proyecto									
1.1B 0 (2008)	1.1E 16.135 m ² (2017)									
1.2B 0 (2008)	1.2E 13 hospitales (2017)									
1.3B 0 (2008)	1.3E 1 estudio (2017)									

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)

Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto														
Diferencias entre los productos planeados y actuales															
<p>Originalmente estaba programado construir tres hospitales de mediana complejidad, en Villa Nueva, Mixco y zona 18, que daban cuenta de la demanda estimada por el MSPAS. Desde la preparación del programa se contaba con los terrenos para los hospitales de Mixco y Villa Nueva y había una identificación preliminar del de Zona 18, este último no fue posible obtener. Se avanzó oportunamente con la pre-inversión de Mixco y Villa Nueva (2009-2010). Mixco no pudo completar la factibilidad debido a litigios respecto a la propiedad del terreno que surgieron una vez que se hizo público el proyecto de construcción. El 2010 se otorgó la no objeción para licitar Villa Nueva y el MSPAS solicitó que se construyera un hospital de un tamaño complejidad y alcance superior al previsto inicialmente³. Una vez adjudicado el contrato de construcción, el MSPAS solicitó modificar el diseño para incrementar la resistencia sísmica del edificio. En este proceso se incorporaron partidas (eléctrica) que no estaban incluidas en las memorias de cálculo de las bases de licitación, estas modificaciones se tradujeron en un mayor costo de la obra e incremento del plazo contractual. Adicionalmente otras causas de retraso fueron (i) modificación presupuestaria de equipos a infraestructura ⁴(2015) y (ii) la baja disponibilidad de presupuesto público (2016). El hospital terminó de construirse en el mes de julio 2018 y el MSPAS puso en marcha la consulta externa en diciembre 2018. Tiene planificada una puesta en marcha progresiva hasta el 2020 y ya cuenta con una asignación de US\$ 21 millones en el presupuesto 2019. El principal desafío es equipar el hospital, para lo cual se requieren US\$ 12 millones.</p> <p>En el indicador 1.2, originalmente habían sido seleccionados para ser rehabilitados 13 hospitales: Ortopedia y Rehabilitación Dr. Von Anh en Guatemala, Regional de Quetzaltenango, Regional de Escuintla, Regional de Cobán en Alta Verapaz, Departamental de Sololá, Departamental de Chiquimula, Departamental de Jutiapa, Departamental de San Marcos, Departamental de Chimaltenango, Departamental de Jalapa, Departamental de Coatepeque en Quetzaltenango, Departamental de Salamá en Baja Verapaz y Departamental de Mazatenango en Suchitepéquez. A raíz del terremoto de noviembre de 2012 ocurrido en el occidente del país, el MSPAS le solicitó al Banco que se sustituyeran algunos de los hospitales originalmente seleccionados por otros que se ubicaban en la zona directamente afectada y que habían sufrido daños considerables debido a los sismos. La lista final de los 10 hospitales rehabilitados fue la siguiente⁵: Regional de Quetzaltenango, Departamental de Sololá, Departamental de San Marcos, Departamental de Coatepeque en Quetzaltenango, Departamental de Mazatenango, Hospital Antituberculosis Rodolfo Robles de Quetzaltenango, Departamental de Huehuetenango, Departamental de Totonicapán, Departamental de Santa Cruz del Quiché y Departamental de Retalhuleu. En estos hospitales se implementó el modelo de gestión financiado por el componente III, asimismo en su reparación se incluyó equipamiento industrial.</p>															
Reestructuración.															
[x] N/A															
Componente II: Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de desechos hospitalarios Costo total Componente II: US\$3.080.000 Contrapartida: US\$0 BID: US\$3.080.000 Desembolso BID %: 100% Clasificación: S La ejecución fue calificada como	<table><tr><th colspan="2"><u>Productos Planeados</u></th></tr><tr><td>2.1</td><td>Hospitales cuentan con planes de mantenimiento.</td></tr><tr><td>2.2</td><td>Redes de recolección y tratamiento de desechos sólidos hospitalarios.</td></tr><tr><th>Línea Base</th><th>Al Término del Proyecto</th></tr><tr><td>2.1B 0 (2008)</td><td>2.1E 13 planes (2017)</td></tr></table>	<u>Productos Planeados</u>		2.1	Hospitales cuentan con planes de mantenimiento.	2.2	Redes de recolección y tratamiento de desechos sólidos hospitalarios.	Línea Base	Al Término del Proyecto	2.1B 0 (2008)	2.1E 13 planes (2017)	<table><tr><th><u>Fin de Proyecto</u> <u>Término de Proyecto</u></th></tr><tr><td>2.1 24 planes (2017)</td></tr><tr><td>2.2 0 redes (2017)</td></tr></table>	<u>Fin de Proyecto</u> <u>Término de Proyecto</u>	2.1 24 planes (2017)	2.2 0 redes (2017)
<u>Productos Planeados</u>															
2.1	Hospitales cuentan con planes de mantenimiento.														
2.2	Redes de recolección y tratamiento de desechos sólidos hospitalarios.														
Línea Base	Al Término del Proyecto														
2.1B 0 (2008)	2.1E 13 planes (2017)														
<u>Fin de Proyecto</u> <u>Término de Proyecto</u>															
2.1 24 planes (2017)															
2.2 0 redes (2017)															

³ El nuevo hospital es de alta complejidad con mayor número de quirófanos y 20 camas intensivas no incluidas en la propuesta inicial.

⁴ Esta modificación transfirió recursos para equipamiento médico a obras civiles y equipos industriales.

⁵ La rehabilitación incluyó inversiones en infraestructura y equipamiento industrial (ej. equipo de clima).

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto	
satisfactoria porque el servicio es prestado adecuadamente, dado que se cumplió con la meta de planes de mantenimiento y se cuenta con el servicio de recolección, tratamiento y disposición de desechos, a pesar de que este último lo provee una empresa (terciarización de servicios) y no es ejecutado con recursos propios.	2.2B 0 (2008)	2.2E 4 redes (2017)
<p>Diferencias entre los productos planeados y actuales</p> <p>El indicador 2.1 dice que "El 100% de los hospitales rehabilitados cuenta con planes de mantenimiento y de manejo de desechos hospitalarios al final del tercer año del programa". Durante el diseño del programa habían sido seleccionados 13 hospitales para participar en este componente y luego fueron reemplazados por 10 afectados por el terremoto de San Marcos. Un aspecto positivo fue que se logró contar con 24 hospitales con sus respectivos planes de mantenimiento, sobrepasando la meta inicial de 13. El número mayor de planes de mantenimiento indica que hay interés por parte de los gestores de hospitales que se movilicen recursos y que se dé seguimiento a las actividades priorizadas. El Hospital de Villa Nueva tiene un mantenimiento del 100% por parte de la empresa constructora, el que deberá ser asumido por el MSPAS a partir del 2020.</p> <p>El programa consideraba inicialmente desarrollar redes de recolección y tratamiento de desechos sólidos hospitalarios, sin embargo, durante la adquisición de los equipos, la empresa adjudicada, no entregó los equipos y sistemas, que llevó al MSPAS a terminar el contrato. Como alternativa se tercerizó este servicio para los hospitales beneficiarios del programa, mediante la contratación de una empresa para la inactivación, traslado y disposición final de los residuos hospitalarios. Este servicio es contratado por el MSPAS a nivel central para toda la red. Actualmente, el MSPAS ha establecido como política pública la compra de este servicio. Sin perjuicio que esta opción surgió como respuesta frente al incumplimiento del contrato del proveedor, aparece como la más adecuada y sostenible en el largo plazo, dado que se trata de una actividad de soporte que no forma parte de las actividades básicas del MSPAS. En otros países en la Región también es una tendencia y se considera como buena práctica hacer esta terciarización por el expertise y especificidad que requiere este servicio.</p> <p>Reestructuración.</p> <p>[x] N/A</p>		

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)																		
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto																	
Componente III: Fortalecimiento de la gestión hospitalaria Costo total Componente III: US\$2.008.000 Contrapartida: US\$408.000 BID: US\$1.600.000 Fondo Japonés Desembolso BID %: 100% Clasificación: MS Este componente fue financiado por la Cooperación Japonesa y aporte local. Su clasificación es MS porque los indicadores de este componente fueron alcanzados más allá de lo esperado, antes del tiempo previsto y con la calidad deseada. El modelo de gestión de los hospitales cuenta con un acuerdo ministerial. Dentro de los factores que contribuyeron al éxito de este modelo e influenciaron su expansión hacia toda la red hospitalaria nacional, los hay en el área médica (creación de una cultura de planificación, protocolización de la atención médica, conformación de comités), de enfermería (conformación de comités, cultura de investigación, mejora del cuidado de pacientes), de recursos humanos (implementación de nueve subdirecciones), de servicios generales y mantenimiento (creación de subdirecciones), de atención al paciente (creación de nueve servicios con enfoque de pertinencia cultural) y otros. Este componente se implementó en los hospitales incluidos en el componente I y benefició con asistencia técnica a otros cuatro. Dentro del modelo de gestión se desarrolló el módulo de atención indígena en el hospital de Coban, para promover y mejorar la calidad del parto institucional. Fue una experiencia innovadora en colaboración con una ONG (Tulasalud)	<u>Productos Planeados</u> 3.1 Metas de (a) productividad, (b) eficiencia, (c) calidad y satisfacción del usuario, previstas en Convenios de Gestión, cumplidas. 3.2 Nuevas gerencias de gestión y oficina de atención al público, presentadas. 3.3 Protocolos médicos para guiar la atención, aplicados. 3.4 Selección de personal, realización de compras y elaboración de presupuesto según especificaciones 3.5 Hospitales beneficiarios cuentan con al menos un facilitador cultural bilingüe	<u>Fin de Proyecto</u> <u>Término de Proyecto</u> <hr/> 3.1a 204,5% (2017) 3.1a 106,9% (2017) 3.1c 128,4% (2017) 3.2 9 (2017) 3.3 100,0% (2017) 3.4 100,0% (2017) 3.5 17 facilitadores (2017) <hr/>																
	<table><tr><th>Línea Base</th><th>Al Término del Proyecto</th></tr><tr><td>3.1aB 0% (2008)</td><td>3.1aE 75% (2017)</td></tr><tr><td>3.1bB 0% (2008)</td><td>3.1bE 75% (2017)</td></tr><tr><td>3.1cB 0% (2008)</td><td>3.1cE 75% (2017)</td></tr><tr><td>3.2B 0% (2008)</td><td>3.2E 9 (2017)</td></tr><tr><td>3.3B 0% (2008)</td><td>3.3E 75% (2017)</td></tr><tr><td>3.4B 0% (2008)</td><td>3.4E 75% (2017)</td></tr><tr><td>3.5B 0 (2011)</td><td>1.5E 9 facilitadores (2017)</td></tr></table>	Línea Base	Al Término del Proyecto	3.1aB 0% (2008)	3.1aE 75% (2017)	3.1bB 0% (2008)	3.1bE 75% (2017)	3.1cB 0% (2008)	3.1cE 75% (2017)	3.2B 0% (2008)	3.2E 9 (2017)	3.3B 0% (2008)	3.3E 75% (2017)	3.4B 0% (2008)	3.4E 75% (2017)	3.5B 0 (2011)	1.5E 9 facilitadores (2017)	
Línea Base	Al Término del Proyecto																	
3.1aB 0% (2008)	3.1aE 75% (2017)																	
3.1bB 0% (2008)	3.1bE 75% (2017)																	
3.1cB 0% (2008)	3.1cE 75% (2017)																	
3.2B 0% (2008)	3.2E 9 (2017)																	
3.3B 0% (2008)	3.3E 75% (2017)																	
3.4B 0% (2008)	3.4E 75% (2017)																	
3.5B 0 (2011)	1.5E 9 facilitadores (2017)																	
Diferencias entre los productos planeados y actuales																		

PROGRESO EN LA IMPLEMENTACION (PI)										
Componentes (Productos)	Indicadores Claves del Producto									
[x] N/A										
Reestructuración.										
[x] N/A										
Componente IV: Monitoreo y evaluación Costo total Componente IV: US\$747.000 Contrapartida: US\$0 BID: US\$747.000 Desembolso BID %: 100% Clasificación: MS La clasificación MS fue aplicada porque se consideró que los indicadores de este componente fueron alcanzados más allá de lo esperado y con la calidad deseada, aunque con un poco de retraso respecto al cronograma original. Las actividades de capacitación y comunicación se centraron en apoyar los planes de mantenimiento hospitalario del componente II.	<u>Productos Planeados</u> 4.1 Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) alimentado por los 13 hospitales (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación - SIME). 4.2 Sistema de Información Hospitalaria (INFHOS) implementado (alimentando a SIME). 4.3 Evaluaciones realizadas (incorpora actividades de capacitación y comunicación).	<u>Fin de Proyecto</u> <u>Término de Proyecto</u> <hr/> 1.1 2 sistemas (2017) 1.2 1 sistema (2017) 1.3 1 estudio (2017)								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Línea Base</th> <th>Al Término del Proyecto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.1B 0 (2008)</td> <td>4.1E 2 sistemas (2010)</td> </tr> <tr> <td>4.2B 0 (2008)</td> <td>4.2E 1 sistema (2017)</td> </tr> <tr> <td>4.3B 0 (2008)</td> <td>4.3E 2 informes (2017)</td> </tr> </tbody> </table>	Línea Base	Al Término del Proyecto	4.1B 0 (2008)	4.1E 2 sistemas (2010)	4.2B 0 (2008)	4.2E 1 sistema (2017)	4.3B 0 (2008)	4.3E 2 informes (2017)	
Línea Base	Al Término del Proyecto									
4.1B 0 (2008)	4.1E 2 sistemas (2010)									
4.2B 0 (2008)	4.2E 1 sistema (2017)									
4.3B 0 (2008)	4.3E 2 informes (2017)									
Diferencias entre los productos planeados y actuales										
[x] N/A										
Reestructuración.										
[x] N/A										
Resumen del Progreso en la Implementación Clasificación (PI):										
[] Muy Satisfactorio (MS)	[] Satisfactorio (S)	[x] Poco Satisfactorio (I)								
[] Muy Insatisfactorio (MI)										
Justificación de la clasificación										
El cumplimiento del PI se consideró Poco Satisfactorio debido al cambio de alcance y por lo que el proyecto fue extendido para acomodar la construcción de la obra del hospital Villa Nueva y por los retrasos en la ejecución del componente I.										

d. Costos del Proyecto (Expresado en US\$)

Categorías de inversión	Costo Total del Proyecto - Planeado					Costo Total del Proyecto - Actual					% Diferencia
Categoría de inversión	Costo total del proyecto (planeado) (US \$ miles)					Costo total del proyecto (actual) (US \$ miles)					Porcentaje diferencia
	BID	Aporte local	Fondo JPO	Aporte local/JPO	Total	BID	Aporte local	Fondo JPO	Aporte local/JPO	Total	
Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de salud	40.724				40.724	43.745				43.745	9%
Subcomponente Ia Construcción de hospitales	25.500				25.500	28.745				28.745	15%
Subcomponente Ib Rehabilitación de hospitales	15.224				15.224	14.999				14.999	-1%
Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de desechos	5.573				5.573	3.080				3.080	-45%
Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria			1.600	408	2.008			1.600	408	2.008	0%
Componente IV. Monitoreo y evaluación	1.000				1.000	747				747	-25%
Administración	1.103				1.103	1.506				1.506	37%
Auditorías	100				100	304				304	205%
Imprevistos	1.500				1.500	0				0	-100%
Gastos financieros		274			274		274			274	0%
Interés		242			242		242			242	0%
FIV					---					---	0%
Comisión de crédito		32			32		32			32	0%
Total	50.000	274	1.600	408	52.282	49.382	274	1.600	408	51.664	0%

Diferencias.

En el PMR no se ingresaron los montos del Componente III, por provenir de recursos de cooperación técnica. El monto final revisado de la operación es de US\$49.382.715,78 y se cancelaron US\$617.284,22, dado que el programa se cerró el 30 de diciembre de 2017 y el contrato de construcción culminó el 14 de julio 2018.

El monto destinado a imprevistos fue distribuido de la manera siguiente: (i) US\$1 millón para cubrir los costos de construcción del hospital de Villa Nueva; originalmente se había planificado construir tres hospitales de 92 camas cada uno, a un costo de US\$8,5 millones por hospital, sin embargo, posteriormente se construyó únicamente el de Villa Nueva, el cual es de mayor complejidad y mayor área construida, por lo que su costo resulta naturalmente mayor que el de los hospitales planificados en el diseño del programa. Debido a ello el incremento de este subcomponente representó 15% con respecto al monto planeado originalmente y 9% en el monto total planificado para el componente; (ii) el monto para la administración aumentó en US\$403.000 (37%), que fue utilizado para cubrir los costos de la ampliación del periodo de ejecución del programa; y (iii) el monto para las auditorías se incrementó en US\$205.000 (205%), el cual se empleó para cubrir el costo de las auditorías anuales adicionales, derivadas de la ampliación del periodo de ejecución del programa.

IV. Implementación del Proyecto

a. Análisis de los factores críticos

Factores críticos de la ejecución del programa. Dentro de los factores críticos que afectaron la ejecución del programa están los siguientes:

- Frecuentes cambios de autoridades y una alta rotación del personal del MSPAS sobre todo en sus mandos medios y en la coordinación general del proyecto tuvo efecto en incrementos de plazo ya que es común que toda nueva administración tome tiempo en asumir los compromisos existentes en materias técnicas y contractuales. En este caso también se fue común que con cada cambio de administración se incorporase nuevos criterios y demandas de financiamiento al proyecto.
- A pesar de que desde la preparación del programa se contaban con dos de los tres terrenos (Mixco y Villa Nueva) de hospitales, solamente fue posible utilizar el terreno de Villa Nueva. Al no ser viable la construcción de los hospitales en los terrenos que habían sido identificados en Mixco y Zona 18, se tomó la decisión de concentrar los recursos en el hospital de Villa Nueva. La nueva construcción no solo triplicó su superficie y capacidad inicial sino también ofreció una cartera de servicios de mayor complejidad acorde a la demanda.
- El costo adicional de la obra de Villa Nueva se debe a una mejora de su resistencia sísmica (por solicitud del MSPAS) y una subestimación del costo para la carga eléctrica que el Hospital necesitaba (fue una falla en el expediente técnico del diseño de la obra, en donde la base de cálculo en el pliego sub-estimaba la carga eléctrica). Cabe señalar que el diseño y construcción de la obra del hospital se hicieron por separado. Si bien esa es la modalidad más común en la Región, en la actualidad se está trabajando en contratos de diseño y construcción, que transfiera el riesgo de diseño a la empresa constructora y así evitar sobre costos durante la ejecución.
- Hubo retos en la ejecución de la obra de Villa Nueva. Las demoras en la obra se dieron principalmente por cuatro factores: (i) Rediseño del hospital para incrementar su resistencia sísmica (2012); (ii) demoras (por parte de la firma de construcción) en obtener la licencia de construcción y la aprobación del estudio de impacto ambiental por parte del Ministerio de Medio Ambiente; (iii) modificación de la estructura presupuestaria del proyecto del ítem de equipos al de infraestructura (2015); e (iv) insuficiente asignación presupuestaria para cumplir con los compromisos del MSPAS (2016). Si bien la modificación presupuestaria del 2015 se elaboró rápidamente, y a pesar del seguimiento y gestión del Banco y del MSPAS se dio un atraso de 8 meses con la reclasificación de las partidas en el presupuesto del MSPAS con el Ministerio de Finanzas. En el 2016, finanzas no asignó la partida presupuestaria para cumplir con los hitos y actividades planificados por el MSPAS en ese año. Esto implicó que se redujeran los pagos a la firma de construcción y que se enlenteciera la obra. El incremento de los plazos se tradujo en un cambio en el esquema de supervisión, reemplazándose una firma supervisora por consultores individuales.
- Las dificultades en la elaboración del diagnóstico, los estudios de pre-inversión y el hecho que se tuvo que declarar desiertas dos licitaciones de las obras para la rehabilitación de los 13 hospitales seleccionados durante el diseño del programa, se tradujeron en demoras en la ejecución del programa. El terremoto del 7 de noviembre de 2012 hizo que cambiaran las

prioridades de inversión, y los 13 hospitales originales fueron sustituidos por 10 ubicados en la zona afectada por el sismo. La sustitución de los hospitales hizo que se iniciara un nuevo y necesario proceso de planificación, que implicó atrasos en los tiempos de ejecución y entrega.

- El incumplimiento contractual de la firma responsable de entregar equipos y sistemas para las redes de manejo de los desechos de los hospitales, llevó al MSPAS a terminar el contrato y optar por la tercerización del servicio.
- El acompañamiento del Banco por medio de misiones técnicas durante la ejecución del programa contribuyó a su adecuada implementación. Además, la práctica de reuniones periódicas entre el MSPAS y el BID permitieron tomar decisiones para superar los problemas encontrados.
- El MSPAS logró revisar planos, costos y otros documentos de planificación de los proyectos, sin que esto significara costos adicionales a las obras. El Banco movilizó recursos adicionales para la supervisión de todas las obras.

Cumplimiento de los supuestos del programa.

Supuestos que fueron completamente cumplidos:

- El nuevo MGH estaba planificado para ser aplicado en nueve hospitales y terminó siendo implementado en 14. Sin embargo, el MSPAS lo adoptó como el modelo de gestión a implementar en toda la red hospitalaria (44 hospitales) para lo cual lo formalizó a través de un Acuerdo Ministerial.
- El Hospital de Villa Nueva está siendo implementado con el nuevo modelo de gestión.

Supuestos que se cumplieron parcialmente:

- La ENSMI no se llevó a cabo en 2007 sino hasta 2008/2009 y su informe final se publicó en 2010.
- Las modificaciones del tipo de obras y locación geográfica causaron demoras en la ejecución del proyecto y fue necesario gestionar extensión.
- El sistema de estadísticas del MSPAS funciona en forma adecuada en la página Web del Ministerio, pero aún falta que se tenga acceso libre. Del INFHOS solo se desarrolló el módulo de admisión que se implementó en 15 hospitales.
- El Ministerio cuenta con estándares para obras físicas e instalaciones y el programa cumplió con ellas.

Supuestos que no se cumplieron:

- Incorporación de la metodología del Índice de Deterioro de Hospitales Departamentales por parte del MSPAS. En su lugar se hace una estimación aproximada del porcentaje de deterioro.

- Coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), para articular la red de prestación de servicios de salud.
- Movilización de recursos adicionales para el mantenimiento hospitalario.

b. Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora

Organización y gestión. La gestión del programa estuvo a cargo de una Unidad Coordinadora (UC), con responsabilidades en el ámbito técnico, financiero y de adquisiciones, sin embargo la Unidad Ejecutora (UE) propiamente tal estaba constituida por la Unidad 201 del MSPAS, con competencia para presupuestar, contratar y pagar. UC y UE han estado sujetos a los frecuentes cambios de autoridades y jefaturas intermedias que ha experimentado el MSPAS durante la ejecución del programa. Los cambios se han traducido en demoras derivadas del proceso de aprendizaje de las nuevas autoridades, así como en cambios de criterio (ej. durante la ejecución del programa se han propuesto diversos roles para el Hospital de Villa Nueva).

Ejecución financiera. La auditoría externa opinó que los estados financieros del programa fueron preparados de acuerdo con las bases contables utilizadas por la administración y presentaron el flujo de efectivos y las inversiones acumuladas. El aporte local y el aporte de contrapartida del Proyecto Implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria (IMGH) financiado con el Fondo Japonés fueron cumplidos.

El plazo para desembolsar los recursos del financiamiento fue modificado en cuatro ocasiones, hasta ampliar el plazo 68 meses después de la fecha original. La correlación entre las proyecciones y los desembolsos del programa fue bastante baja, debida en gran parte a los atrasos en los pagos a los contratistas por falta de disponibilidad presupuestaria

Estrategia de implementación y administración. La construcción del Hospital Villa Nueva se adjudicó en el 2011. Una vez adjudicado se propusieron ajustes al diseño estructural y se evidenciaron partidas que habían quedado sub valorizadas en los pliegos de licitación. La gestión de los cambios generó un incremento del plazo y el valor del contrato se incrementó un 27%. Adicionalmente hubo demoras por cambios en la estructura de financiamiento (infraestructura y equipos), así como una menor disponibilidad presupuestaria para cumplir con el contrato. Las empresas contratadas para el mantenimiento de los hospitales tuvieron buen desempeño.

El proveedor de los equipos y sistemas para el tratamiento de los desechos hospitalarios no ejecutó el contrato y fue reemplazado por la compra de servicios.

Los expertos contratados para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria tuvieron buen desempeño, así como los que participaron en el monitoreo y evaluación del programa. Fueron cumplidas adecuadamente las actividades de los procesos de selección y contratación (adquisiciones), así como de las solicitudes de desembolso del programa.

Clasificación del Desempeño del Prestatario/Agencia Ejecutora			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input checked="" type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
Justificación de la clasificación El desempeño de la agencia ejecutora se consideró Poco Satisfactorio debido a la debilidad técnica y presupuestaria que se tradujo en sobrecostos y sobreplazos en la ejecución del Hospital de Villa Nueva.			

c. Desempeño del Banco

El Banco acompañó todo el tiempo de vida del programa, manteniendo una relación fluida y constructiva. La gran amplitud de las intervenciones propuestas, que buscaban englobar las prioridades del sector, generó algunas dificultades que fueron superadas gracias al sostenido soporte técnico y flexibilidad del Banco, para coparticipar en la reorientación estratégica del programa, al alinear sus objetivos, recursos e intervenciones en torno al marco lógico construido con orientación a resultados en el sector de salud pública. El Banco movilizó recursos adicionales para la supervisión de las obras durante la ejecución del proyecto.

Clasificación del Desempeño del Banco

<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
---	---	--	---

V. Sostenibilidad

a. Análisis de Factores Críticos

La sostenibilidad del programa está garantizada por la contribución del Hospital de Villa Nueva a mejorar la salud de la población guatemalteca, mediante la ampliación de la cobertura, así como por la desconcentración de la demanda que reciben los Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios. El hospital ya ha sido creado como Unidad Ejecutora, cuenta con la planta de personal autorizado y con presupuesto US\$ 21 millones para su operación en el 2019. Ha comenzado a funcionar con la consulta externa y se está adquiriendo el equipamiento para poner en marcha otras unidades del hospital.

También contribuyen a la sostenibilidad del programa la infraestructura y equipamiento de los hospitales que fueron rehabilitados. El MSPAS se encuentra, asimismo, gestionando recursos ante el Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN), para implementar los planes de mantenimiento elaborados para estos hospitales.

El manejo de los desechos hospitalarios se encuentra descentralizado en cada unidad ejecutora, administrando adecuadamente su manejo por medio de contratación externa. Su financiamiento está incluido en el presupuesto del MSPAS.

El MGH, el cual orienta su organización y funcionamiento hacia el interés del paciente y del personal, prestando atención a situaciones como información personalizada, mejora de los horarios de atención, historia clínica única, trato guiado por principios doctrinarios, derechos individuales y satisfacción del personal hospitalario y paciente en su estancia en la institución, se ha mantenido vigente a pesar del cambio de autoridades y sirve de base para el Hospital de Villa Nueva. El modelo fue totalmente absorbido por la Dirección de Hospitales del MSPAS y se ha propuesto expandir su aplicación a nivel nacional.

b. Riesgos Potenciales

Inestabilidad institucional. Durante la ejecución del programa hubo alta rotación del personal del MSPAS, lo cual generó atrasos en su implementación. Esta rotación continuó hasta el final, pues, a partir del cambio de Gobierno en 2016, hubo tres cambios de Ministro, lo cual afectó la toma de decisiones, y la priorización de recursos para finalizar Villa Nueva.

Debilidades institucionales. Dentro de las debilidades del MSPAS para contribuir a la sostenibilidad del programa se encuentran: (i) la falta de información integrada para los indicadores de impacto y resultados, para lo cual se recomendó fortalecer el SIGSA; y (ii)

ausencia de un Acuerdo Ministerial en materia de mantenimiento, que asegure la planificación, financiamiento y seguimiento de los planes de mantenimiento.

c. Capacidad Institucional

El Hospital de Villa Nueva tiene una estructura de alta complejidad, e igual que en otros países de la Región, existen retos para la operación y mantenimiento de una infraestructura de alta tecnología. En este contexto, los principales desafíos son: (i) asignación presupuestaria constante del Gobierno Central hacia el MSPAS y de éste al Hospital de Villa Nueva, que sean suficientes para cubrir los costos de operación del hospital (personal, servicios, insumos, equipamiento); (ii) la adquisición de los equipos médicos indispensables para el funcionamiento integral del hospital; (iii) el nuevo hospital tiene un nivel tecnológico que lo hace intensivo en mantenimiento, por lo que requerirá un nivel de gasto muy superior al promedio del MSPAS, para ello el MSPAS deberá fortalecer la estrategia de mantenimiento de los hospitales de manera de apoyar el diseño técnico y financiero del plan de mantenimiento; y (iv) para incrementar la eficiencia en la prestación del servicio, el hospital debe integrarse a la Red Sur, con la cual deberá establecer las coordinaciones técnicas y administrativas necesarias para asegurar que los pacientes que lleguen al hospital hayan sido derivados de manera adecuada por el primer y segundo nivel. En otros países en donde se logra mantener los recursos necesarios para estructuras de alta complejidad como el Hospital Villa Nueva, lo que ha funcionado es divulgar los resultados logrados de los servicios, y hacer análisis técnicos para hacer proyecciones de las necesidades a futuro, que ayuden a los ministerios de finanzas a tener mayor predictibilidad de la necesidad de los recursos. También, es necesario fomentar la creación de líneas presupuestarias específicas para mantenimiento.

Uno de los componentes con mejor desempeño fue el del modelo de organización y gestión de los hospitales. Este ha sido asumido por la Dirección de Hospitales como el modelo a ser replicado a nivel nacional. Ya se cuenta con el Acuerdo Ministerial para el nuevo modelo de gestión y constituye el sustento administrativo y presupuestario para su implementación. El MSPAS tiene como desafío establecer un plan de implementación de mediano plazo que le permita extender el modelo a la totalidad de la red pública.

Clasificación de Sostenibilidad (SO)			
<input type="checkbox"/> Muy Satisfactorio (MS)	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactorio (S)	<input type="checkbox"/> Poco Satisfactorio (PS)	<input type="checkbox"/> Muy Insatisfactorio (MI)
Justificación de la clasificación Se considera que el SO como satisfactorio dado que: (i) Las 10 obras de rehabilitación (listadas en pag 11. Indicador 1.2) se encuentra en funcionamiento; ii) el hospital de Villa Nueva terminó su construcción el 2018 y se puso en marcha a fines del 2018 y cuenta con US\$ 21 millones aprox. en el presupuesto 2019 para su funcionamiento; (iii) El modelo de gestión hospitalaria desarrollado se tradujo en Acuerdo Ministerial y constituyen el modelo de gestión hospitalaria para la red pública. El mayor peso del componente I sustenta la calificación propuesta, sin perjuicio de las limitaciones en el ámbito del mantenimiento hospitalario.			

VI. Evaluación y Seguimiento

a. Información sobre Resultados

La metodología para realizar la evaluación final del programa, comprendió las actividades siguientes: revisión de la información disponible (SIGSA, ENSMI 2014-2015, reportes Dirección Hospitales y Unidad de Planificación Estratégica del MSPAS), informes semestrales de progreso, la evaluación intermedia, las auditorías anuales y la línea base del programa, asimismo se efectuaron entrevistas y encuestas. La calidad de la información fue adecuada,

aunque los informes semestrales de progreso enfatizaron el alcance de los indicadores del Componente I, no así los del resto de productos. Las entrevistas y las encuestas fueron realizadas en campo con personal de planta del MSPAS, directores de hospitales, personal médico o paramédico, beneficiarios de los hospitales rehabilitados y personal de supervisión, así como con personal de instituciones relacionadas, consultores, contratistas y proveedores. El análisis e interpretación de la información se realizó en función de los indicadores en sus dimensiones de relevancia, eficiencia, efectividad y sostenibilidad del programa.

b. Seguimiento Futuro y Evaluación Ex-Post

La evaluación final del proyecto se llevó a cabo en diciembre 2017. El programa no considera formalmente una evaluación ex post, pero sí el seguimiento de los programas de mantenimiento por parte del MSPAS. Asimismo, en el caso del Hospital de Villa Nueva se considera apoyar y hacer seguimiento al proceso de puesta en marcha del hospital.

VII. Lecciones Aprendidas

1. Capacidad institucional

- Para mejorar el desempeño sectorial es necesario que el MSPAS desarrolle y fortalezca su capacidad en la gestión del ciclo de proyecto de inversión lo cual incluye las fases de planificación, preparación, ejecución y puesta en marcha. Esto permitiría enfrentar los principales cuellos botella que generaron retrasos en el proyecto y que se tradujeron en re-priorizaciones dentro del Programa. En otros países de la Región el fortalecimiento de estas funciones ha sido exitosas mediante la creación de una unidad de planificación y gestión. Dicha unidad debería tener funciones descritas para las etapas de gestión de proyecto y debería ser conformada con personal que tenga experiencia para lograr dichas funciones. Esto ayudaría a generar estabilidad a los equipos técnicos de manera que puedan maximizar la experiencia y conocimiento en la gestión de contratos, en especial en aquellos complejos como el de Villa Nueva. Asimismo, esta Unidad podría ser apoyada por asistencia técnica que le permita complementar sus competencias.⁶
- En el ámbito de la planificación y preparación de proyectos es recomendable que desarrolle los siguientes tópicos: (i) elaboración y actualización de un Plan Maestro de Inversiones; (ii) elaborar un dimensionamiento de los hospitales considerando la población que se debe atender y además (iii) trabajar en la identificación de terrenos viables previo a la suscripción de nuevos préstamos de inversión. En lo que se refiere a elaboración y actualización de un Plan Maestro de Inversiones, éste debe considerar toda la gama de unidades, desde los hospitales hasta los centros de salud y el plan se utilizaría como fuente para preparar los estudios de pre-inversión necesarios para ejecutar el plan de inversiones. También, este plan debería permitir construir un banco de proyectos que facilitará la identificación de los proyectos a ejecutar. En lo que se refiere al dimensionamiento de los hospitales, este debe considerar la población debe considerar la disponibilidad actual de recursos y podrá apoyar al proyectar la demanda de recursos adicionales a futuro, según el crecimiento del sector definido y priorizado por el Plan Maestro. Otros países de la Región enfrentan retos en la elaboración del Plan Maestro y en el convencimiento de las necesidades presupuestarias para su aplicación. Por lo que se recomienda desarrollar un esquema de implementación del plan en etapas claramente identificadas.

⁶ En la operación GU-L1163, aprobada el 29 de mayo de 2019, el MSPAS contará con una unidad especial de ejecución propia, fortalecida con una firma para la gestión técnica de los proyectos. Esta apoyará en todo el ciclo del proyecto.

- En la etapa de ejecución, también se recomienda fortalecer los procesos administrativos financieros y de adquisiciones, considerando el tamaño y magnitud de los proyectos, así como los aspectos relacionados con la gestión presupuestaria.
- En la etapa de puesta en marcha, se recomienda un trabajo estrecho entre el equipo de construcción, equipamiento y gestión clínica de manera de anticipar los requerimientos de coordinación para la instalación de los equipos, el desarrollo de los procedimientos clínicos y administrativos, el abastecimiento, así como la atención de los pacientes.
- Al inicio del proyecto, se comunicó las obras que se llevarían a cabo. Sin embargo, durante la ejecución del proyecto no se comunicó que hubo cambio en el tipo y envergadura de obras. Se recomienda que es importante contar con una estrategia de comunicación activa que permita asegurar al menos dos tipos de comunicación: (i) entre el nivel central que actúa como ejecutor responsable y los directores de los hospitales, de manera que participen activamente en la identificación de las obras, su diseño y seguimiento durante la fase de construcción. Esto permitiría un mayor entendimiento del proyecto propuesto y se podrían identificar alternativas a problemas que surjan durante la construcción; (ii) del MSPAS con la comunidad para informar en términos realistas el avance o problemas que enfrenta la implementación del proyecto.
- La adecuada y estrecha comunicación entre las entidades responsables del proyecto (BID, MSPAS, MINFIN, y empresas), mejoraron la calidad y eficiencia de la ejecución de los trabajos de diseño, construcción, rehabilitación y supervisión de los hospitales. Por ello, será conveniente reforzar este tipo de relaciones, mediante reuniones de trabajo periódicas entre los actores clave.
- Al igual que en otros países de la región el mantenimiento sigue siendo un desafío. A través del Programa fue posible desarrollar los programas de mantenimiento hospitalario, sin embargo, no fue posible implementarlos adecuadamente dadas la falta de asignación de recursos del presupuesto, así como a las orientaciones contractuales para su implementación. Es recomendable desarrollar un Acuerdo Ministerial⁷ que incluya los aspectos técnicos, administrativos y presupuestarios que den soporte a una política de mantenimiento en salud que combine estrategias de mantenimiento propio del MSPAS con la compra de servicios.

2. Sector Salud

- Enfoque de red. El programa se centró en el ámbito hospitalario, sin perjuicio de ello es necesario considerar (en todo programa de inversión) el impacto que este pueda tener en la red, que incluye no solo los hospitales, sino también los centros y puestos de salud del territorio donde se localiza el hospital. La puesta en marcha de Villa Nueva ha sido un estímulo para diseñar y poner en marcha la red de Guatemala Sur donde el hospital se integra con la red de atención primaria. Esta recomendación se aplica a otros países en materia de planificación y gestión de los servicios de salud.
- El MGH fue uno de los componentes más exitosos del programa, sobre todo porque la participación de facilitadores culturales, los servicios brindados por las comadronas, las salas de parto vertical, y los hogares maternos equipados, fomentaron la asistencia de la

⁷ En el Programa GU-L1163 se han incluidos las actividades para formalizar una política de mantenimiento de salud dentro del MSPAS.

población indígena a los hospitales. Por ello esta experiencia debe ser diseminada en la totalidad de los hospitales de la red nacional, sobre todo en los lugares con gran porcentaje de población indígena. Asimismo, es recomendable promover el trabajo con otros cooperantes y ONG.

3. Sostenibilidad

Las lecciones positivas en materia de sostenibilidad de la intervención son que las 10 obras de rehabilitación, el hospital de Villa Nueva está en funcionamiento y cuentan con una asignación de US\$ 21 millones en el presupuesto 2019, y el modelo de gestión hospitalaria desarrollado se ha convertido en el modelo de referencia para todos los hospitales del país. Estos antecedentes dan cuenta que cuando existe el compromiso de las autoridades gubernamentales y los equipos técnicos se involucran en las soluciones, es posible establecer las condiciones para la sostenibilidad de las intervenciones. En relación a los desafíos estos pueden resumirse en: (i) se requiere coordinar oportunamente la disponibilidad de financiamiento para el equipamiento médico de un nuevo hospital, así como la selección del personal requerido para su operación y (ii) para que el mantenimiento de salud cuente con recursos se requiere que el MSPAS establezca al menos un acuerdo ministerial que defina la normativa técnica y administrativa, que le permita postular a financiamiento de la ley de presupuesto.

4. Manejo de riesgo (dada la relevancia de las inversiones en infraestructura, este análisis se centra en riesgos asociados a ellas). Estas recomendaciones se aplican a otros sectores y países.

- Disponibilidad de terrenos. Un requisito previo al inicio de las obras debería ser la disponibilidad de terrenos aptos para llevarlas a cabo. Esto incluye, pero no se limita a, la propiedad legal del terreno, aceptación del proyecto por parte de la comunidad, calidad del terreno, disponibilidad de servicios, y ausencia de riesgos ambientales (ej. remoción en masa), entre otros. Asimismo, es recomendable avanzar tempranamente con los estudios de pre-inversión (que tienen vigencia de 3 años), al menos con la prefactibilidad antes del inicio de la ejecución del préstamo.
- Integrar diseño y construcción. En la Región, se ha comenzado a impulsar este tipo de contrato y se recomienda que en Guatemala también se inicie la utilización de modelos de licitación de Diseño y Construcción⁸ para la contratación de las obras, donde el Estado defina las condiciones de estructura y funcionamiento del proyecto y que la empresa adjudicada tenga como responsabilidad desarrollar el proyecto definitivo, obtener los permisos de construcción, así como los de tipo ambiental. Este sistema de contratación permite transferir el riesgo de diseño a la empresa y así reducir sobreplazos y sobre costos durante la construcción.
- El contrato debe definir hitos para el proceso de construcción, que permitan garantizar un rendimiento sostenido de la empresa contratista, verificando los avances intermedios, sin tener que esperar al término del plazo contractual para poder contar con instrumentos que permitan tensionar el cumplimiento del programa de trabajo.

⁸ Este tipo de contratación ha sido propuesto para el Programa GU-L1163.

- El contrato de la supervisión externa de la construcción debe estar vinculado al avance físico de la obra, de manera de incentivar el cumplimiento del contrato de construcción suscrito.

GUATEMALA
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA
GU-L1009

INFORME DE TERMINACIÓN DEL PROYECTO (PCR)
Revisión de Calidad y Riesgo (QRR) – Informe de Resultados y Procedimientos

A. PROCESO DE QRR

El POD fue distribuido al QRR solicitando comentarios el 14 de diciembre de 2018. El documento fue enviado a: Melo, Carlos N.; Villatoro, Jose Toribio; Buchara, Diego Sebastian; Cabezas Valencia, Rhina Marlene; Falkner-Olmedo, Katharina B.; Treasury Client Solutions Group; SPD-SDV; SPD-SMO; Office of the Director - OVE.

Adicionalmente, se envió copia de la distribución a: SCL-SCL; Cabrol, Marcelo E.; Office of the Manager - CID; Zavala Lombardi, Veronica E.; Executive VicePresident; Office of the Vice President, Sectors & Knowledge; Office of the Vice President for Countries; Vice Presidency for Finance and Administration; ESRNET; Pombo Rivera, Cristina; Rodriguez-Balza, Rafael A.; SCL Operaciones; Izquierdo, Fanny; Regalia, Ferdinando; Neret, Matilde I; Astorga, Ignacio Jose; Mac Arthur, Ian William; Arreaga, Adela; Silveira, Sheyla; Aguilar Blandon, Maria Alejandra.

B. ASUNTOS NO RESUELTOS: Ninguno.

C. MODALIDAD DE QRR: Virtual.

D. COMENTARIOS

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
1.	Alvaro Sanmartin (LEG/SGO)	General	Para propósitos del QRR para la operación de la referencia, les comunicamos que no tenemos comentarios al Informe de Terminación de Proyecto (PCR) enviado.	Gracias.
2.	CID/CID	General	Dado que el PCR tiene como objetivo registrar las principales lecciones aprendidas, así como aspectos de diseño y ejecución del Programa para orientar futuras operaciones que el país decida implementar, <i>sería de utilidad que el documento reflexionara con mayor detalle sobre las dificultades y retrasos del Programa.</i>	Se ajustaron los párrafos sobre capacidad institucional en la sección VII, (pag.22-24) donde se establecen las recomendaciones principales relacionadas con las dificultades y retrasos que experimentó el Programa. Se resalta la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión del ciclo del proyecto (planificación, preparación, ejecución y puesta en marcha) dentro del MSPAS. Se indica como la nueva operación (GU-L1163) incluye algunas de estas recomendaciones.

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
3.	CID/CID	General	<p>En cuanto al Hospital de Villanueva, principal obra del Programa, su costo y tiempo de construcción sobrepasaron los plazos establecidos. También es necesario citar los problemas en la pre-inversión, la revisión de calidad técnica del diseño y en la supervisión de la obra. Por tanto, a fin de que el PCR sirva para recopilar lecciones y evitar su duplicidad, se solicita al equipo detallar mejor la evolución de esta obra, lo que permitiría comprender la tardanza en su culminación.</p>	<p>Los sobrecostos y sobre plazos de Villa Nueva se explican por los siguientes factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sobrecostos: se deben cambio en el criterio sísmico y la asignación de recursos para cubrir la subestimación del costo de la carga eléctrica. El mayor plazo se debió a: <ul style="list-style-type: none"> Nuevo diseño (2012) Demoras en la obtención del permiso de construcción y el permiso ambiental (por para de la firma constructora. Modificación (por parte del Ministerio de Finanzas) de estructura presupuestaria de equipos a infraestructura (2015) Falta de asignación de recursos en el presupuesto (2016) que resultó en un incumplimiento de pagos a la firma constructora y que significó la detención de la obra. <p>También afectó en los tiempos los múltiples cambios de autoridades y responsables que modificaron los criterios y prioridades a ser financiado. Cabe señalar que la pre-inversión inicial y diseño estaban bien. Sin embargo, por un reciente terremoto, las nuevas autoridades tenían una alta sensibilidad de los daños ocasionados por terremotos, y solicitaron que, si bien los diseños cumplían con los requisitos anti-sísmicos, que se reforzaran aún más. Cabe clarificar, que la supervisión fue adecuada, y que el Banco movilizó recursos de supervisión adicionales para asegurar una estricta supervisión. No hubo atrasos por temas de supervisión.</p> <p>Se han complementado los párrafos de la sección IV Implementación del Proyecto (pág.17).</p>

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
4.	CID/CID	General	<p>El PCR asigna calificaciones optimistas en OD, PI y SO. Sin embargo, ello contradice la realidad del sector, así como los problemas y retrasos significativos en la ejecución del Programa. Los componentes I y II no alcanzaron las metas programadas, por tanto, son insatisfactorios. Esto sumado a los 130 meses de ejecución, lo cual no es normal, confirma la existencia de retos importantes, mismos que deberían ser analizados en mayor profundidad en el PCR. <i>Por lo anterior, se solicita ajustar a la baja las calificaciones de OD, PI y SO, o bien, incluir en el PCR evidencia empírica que justifiquen las calificaciones actuales.</i></p>	<p>Respecto a OD había una inconsistencia sobre la calificación del OD entre lo que se presentaba en el documento en la página 4 y la que se presentaba en la página 10. La clasificación correcta es “poco probable”. Si bien los indicadores de impacto fueron cumplidos, se ha calificado como poco probable porque se contemplaba construir tres hospitales y se construyó a su vez 1 hospital de mayor tamaño y complejidad.</p> <p>El puntaje de PI se dejó en poco satisfactorio, principalmente por la reducción del número de nuevos hospitales y el sobreplazo en la ejecución.</p> <p>En el caso del puntaje de SO, se ha mantenido el puntaje en satisfactorio por las siguientes razones: Se considera que el SO como satisfactorio dado que: (i) Las 10 obras de rehabilitación (listadas en página 11. Indicador 1.2) se encuentra en funcionamiento; (ii) el hospital de Villa Nueva terminó su construcción el 2018 y se puso en marcha a fines del 2018 y cuenta con US\$ 21 millones aprox. en el presupuesto 2019 para su funcionamiento; (iii) El modelo de gestión hospitalaria desarrollado se tradujo en Acuerdo Ministerial y constituyen el modelo de gestión hospitalaria para la red pública. El mayor peso del componente I sustenta la calificación propuesta, sin perjuicio de las limitaciones en el ámbito del mantenimiento hospitalario. Esta explicación se ha ingresado en página 21</p> <p>Se complementaron párrafos donde se justifica la calificación asignada en pág. 10 (OD), Pág.15 (PI) y pág. 21 (SO)</p>
5.	CID/CID	Equipamiento de Hospitales.	<p>Tras la lectura del documento, no queda claro si los Hospitales apoyados mediante el C1 fueron equipados, y si recibieron apoyo en</p>	<p>Para C1, el equipamiento de los hospitales ha incluido equipos industriales. En el contrato de Villa Nueva, la variación de costo del contrato de</p>

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
			materia de gestión hospitalaria acorde a sus niveles de atención. La página 16 incluye como un supuesto que no se cumplió “la movilización de recursos para mantenimiento hospitalario” pero no menciona entre los temas cumplidos el equipamiento. Favor explicar en el PCR	<p>obras fue financiado con recursos que estaban destinados a equipamiento médico que no se adquirió. (ver pág. 12)</p> <p>En todos los hospitales del C1 se implementó el nuevo modelo de gestión. Ver página 11.</p> <p>Respecto al mantenimiento (C2), todos los hospitales de C1 contaron e implementaron los planes, en esta materia. De manera complementaria se plantea el desafío de la sostenibilidad de ellos</p>
6.	CID/CID	Calidad del diseño.	Si bien el PCR asigna como Plenamente Satisfactorio la calidad del diseño, dicha calificación amerita ser revisada a la luz de los problemas encontrados a lo largo de la implementación, mismos que reflejan debilidades en el diseño original. Por ejemplo, las redes de recolección y tratamiento de redes no se implementaron. Aunque el servicio sea prestado por una empresa, el diseño original no se cumplió. De igual manera, la pre-inversión y construcción de 3 Hospitales de mediana complejidad, tampoco se cumplió (e.g. falta de terrenos, Hospitales no podrían atender la demanda), siendo otro ejemplo de cómo el diseño no estuvo adaptado a la realidad / contexto del país. Por otra parte, el diseño no tomó en cuenta las capacidades del Ministerio para llevar a cabo obras de alta complejidad como el Hospital de Villanueva. Como menciona el documento, además de la alta rotación del personal, existieron problemas en la planificación de actividades, supervisión, problemas en los pliegos de licitación, entre otros, que afectaron significativamente el desempeño del programa. Considerando los puntos antes destacados, el diseño original fue ambicioso y sobredimensionado para la capacidad del país. En este sentido, se solicita ajustar la	<p>El diseño se evaluó de acuerdo con las condiciones vigentes al momento de su formulación. En el ámbito técnico, el criterio fortalecer la red para evitar sobrecargar los grandes hospitales está plenamente vigente. En el ámbito de gestión se asignó a las unidades del MSPAS cumplir el rol de contrapartes.</p> <p>El dimensionamiento de los hospitales se llevó a cabo de acuerdo con la información disponible y los criterios utilizados en el período de formulación del proyecto (el ejercicio se incluye en anexo del POD). Sin embargo, al analizar el método empleado se observa que subdimensión la demanda. Cabe destacar que este problema no es exclusivo de Guatemala y se repite a lo largo de la región ya que muchos países carecen de metodologías para llevar adelante la planificación hospitalaria.</p> <p>Respecto a la preinversión estas tienen una vigencia de no más de tres años, por lo que deben ser desarrolladas de manera muy temprana dentro de una operación de préstamo o contar al menos con la prefactibilidad incluidos los terrenos. En este contexto no es un error incluirla dentro del préstamo.</p>

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
			calificación sobre la calidad del diseño a Menos que Satisfactorio.	<p>Respecto a la capacidad de ejecución, se contrató una empresa para la supervisión de Villa Nueva, sin embargo, dada la extensión del plazo de construcción este fue reemplazado por consultores individuales para cumplir con esa función. Ej. es pertinente que la pre-inversión se lleve a cabo durante la ejecución del préstamo dado que, si el proyecto no arranca la construcción en un plazo de 3 años, la pre-inversión debe ser desarrollada nuevamente para incorporar cambios nuevos de tecnología, ajustar costos, etc.</p> <p>Respecto a los residuos, el objetivo era “manejo de desechos sólidos hospitalarios mejorado” y este se logró. No fue con la construcción de las redes propias sino con la compra de servicios. No se cuenta con información sobre si esa opción fue considerada en la preparación del programa.</p> <p>Las modificaciones respondieron a situaciones que escaparon de la gestión del equipo del proyecto del MSPS, que se vio afectado por los múltiples cambios de autoridades superiores e intermedias del MSPAS.</p> <p>Se complementó justificación de la calificación en págs. 7 y 8.</p>
7.	CID/CID	Atribución de resultados.	Se recomienda incluir una nota al pie en el cuadro de Efectos Directos / Objetivos de Fin donde se explique la relación entre los impactos directos logrados con las acciones del programa. ¿Es posible atribuir los resultados sobre partos institucionales, EDA e IRA a las acciones del Programa? La fuente es una Encuesta Nacional, por lo que no queda claro el aporte de las inversiones del Programa, focalizadas en 10 Hospitales.	Los objetivos de fin presentan una mejoría y son de alcance nacional. El programa tuvo alcance local, sin embargo, no es posible afirmar ni descartar que el programa haya contribuido en algún grado a mejorar los indicadores, especialmente la atención institucional del parto. Se incluyó nota al pie de página. Pág. 8
8.	CID/CID	Progreso en la implementación.	Calificación. Considerando los 2 mil días de atraso del componente 1, las dificultades	Se ajustó calificación en el documento ver respuesta a la observación No.4. La justificación

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
			registradas para la construcción y conclusión/entrega del HVN, la alta rotación de personal del programa, el incremento de 37% en los gastos de administración y de 205% en las auditorías ocasionados por los atrasos, el cumplimiento parcial de algunos productos (sistemas, publicación de datos), entre otros temas, <i>se solicita ajustar la calificación del Progreso en la Implementación (PI) de Satisfactorio a Poco Satisfactorio.</i>	de la disminución de dicho puntaje se encuentra explicado en la página 16.
9.	CID/CID	Progreso en la implementación	<p>Componente 1.</p> <p>a. La calificación de Poco Satisfactorio no es consistente con los problemas, atrasos e impactos significativos derivados de este Componente. En su lugar, a fin de reflejar de mejor manera cual fue el progreso en la implementación (i.e. 2 mil días a atraso) se solicita cambiar la calificación a Muy Insatisfactorio.</p> <p>b. El diseño original del HVN contemplaba una obra de 80 camas para atender a 450.679 personas. Sin embargo, a pesar de que el diseño del Hospital cambió y que la construcción inició 7 años después, el alcance de la obra final (90 camas) no contempló el crecimiento poblacional de Villanueva, y actualmente debe atender a 6 veces la población original. Lo anterior refleja otra de las debilidades en el diseño y pone en riesgo la calidad de la atención y sostenibilidad de la obra.</p>	<p>Se ajustó calificación en el PI, ver respuesta a la observación no.4</p> <p>En términos prácticos el diseño original era de 3 hospitales de baja a mediana complejidad dado el nivel de inversión planificado. Dadas las restricciones de terreno y la imposibilidad de avanzar con los hospitales Mixco y Zona 18, fue una decisión acertada la solicitud de MSPAS de concentrar recursos en un solo hospital de alta complejidad. Dados los recursos disponibles, el dimensionamiento era consistente con ello y no con la demanda real, que es superior a la oferta del hospital. Esta situación da cuenta de la carencia de instrumentos de planificación y preparación de proyectos del MSPAS, que se incluye dentro de las recomendaciones en pag.22 y 23.</p>
10.	CID/CID	Progreso en la implementación	<p>Componente 2: Favor brindar mayores detalles de las ventajas/desventajas de adjudicar a una empresa la recolección y tratamiento de desechos sólidos vs. el desarrollo de redes que inicialmente se contemplaban en el proyecto. Se agradecería que en esta sección también se incluyera como repercute este cambio en la variación del 45% de los costos.</p>	<p>El objetivo del componente 2 era contar con un sistema de recolección, tratamiento y disposición de residuos hospitalarios. La decisión inicial MSPAS era contar con una red de recolección propia. Sin embargo, la empresa adjudicada no cumplió con su contrato. Dada la exigencia legal de cumplir con el servicio el MSPAS procedió a licitar el contrato de recolección de residuos hospitalarios, el contrato de servicio de gestión de residuos no fue financiado por el préstamo</p>

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
				<p>sino por el MSPAS a través de un contrato centralizado.</p> <p>Se trata de un contrato anual donde la empresa es responsable del tratamiento (inactivación) y disposición final de los residuos hospitalarios. Cabe destacar que ese tipo de servicios no forma parte de las actividades básicas de los hospitales, por lo que su externalización es una opción válida.</p> <p>Actualmente el MSPAS ha establecido como política pública la compra de este servicio.</p> <p>La tendencia en otros países de la Región es hacer la contratación empresas especializadas como el caso de Guatemala. Actualmente, el manejo de los desechos hospitalarios se encuentra descentralizado y se está manejando adecuadamente. Tal y como se menciona en la página 12, la disposición por esta modalidad es una política pública y no hay indicios que el MSPAS tenga planes de cambiar la modalidad de contratación. De hecho, en otros países, toma tiempo convencer a las autoridades que la descentralización de los desechos es mejor que hacerlo cada hospital, ya que, entre otras cosas, se aprovecha el expertise de las empresas, se dan economías de escala.</p> <p>Se incluyo análisis en página 12.</p>
11.	CID/CID	Progreso en la implementación	<p>Componente 3:</p> <p>a) Favor incluir una nota al pie explicando porqué la LB tiene como referencia el año 2011 en lugar de 2008 como el resto de los componentes?</p> <p>b) La unidad de medida del producto 3.2 aparece en porcentaje cuando el producto hace referencia a números naturales (nuevas gerencias). Favor revisar.</p>	<p>a. Se corrigió, ya que corresponde efectivamente al año 2008</p> <p>b. Se corrigió la unidad de medida y quedó en números naturales.</p>
12.	CID/CID	Sostenibilidad	Se sugiere revisar el primer párrafo de la sección de sostenibilidad pues ésta no está	La valorización de la sostenibilidad está dada principalmente por el C1. Los hospitales

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
			<p>garantizada por la existencia del HVN. Por el contrario, el PCR indica más adelante en esta misma sección, que dicho Hospital posee una estructura compleja, lo que, sumado a las restricciones presupuestaria del sector público, pone en riesgo la sostenibilidad de la obra de mayor envergadura del programa. Además, esta afirmación contradice lo indicado en otras partes del documento donde se cita la usencia de programas de mantenimiento de los Hospitales.</p>	<p>mejorados están prestando servicio (y han generado un mayor volumen de producción que el esperado) y el Hospital de Villa Nueva ha iniciado su funcionamiento progresivo y cuenta con US\$ 21 millones dentro del presupuesto 2019. Actualmente el hospital tiene un mantenimiento del 100% por parte de la empresa constructora, el que deberá ser asumido por el MSPAS a partir de enero 2020. (pag.13). Estos antecedentes permiten señalar que las principales intervenciones del Programa seguirán entregando servicios a la población.</p> <p>El mantenimiento es un tema importante que puede afectar la sostenibilidad y se mantiene como un desafío que no es exclusivo de Guatemala, son retos que enfrentan todos los países, y en dónde se está fortaleciendo la capacidad de los ministerios de levantar y gestionar este tema con los ministerios de finanzas.</p>
13.	CID/CID	Sostenibilidad	<p>Por otra parte, el PCR no reflexiona sobre la sostenibilidad de la medida identificada para los sistemas de recolección y manejo de desechos hospitalarios. Subcontratar a una empresa, con los costos que ello implica, no parece ser una solución financieramente viable en el largo plazo. Se solicita ampliar con información sobre este tipo de contratos, los plazos de prestación del servicio y aclarar los mecanismos con los cuales se tiene certeza que el servicio se continuará proporcionando en el mediano plazo.</p>	<p>El manejo de los desechos hospitalarios es requisito por ley del medio ambiente y un tema de alta sensibilidad social. Dado este contexto, hay una exigencia para asegurar el financiamiento del servicio para cumplir con dicho requisito y se está asignando el presupuesto para este objetivo.</p> <p>Tal como se menciona en la respuesta 10, la tendencia en otros países de la Región es hacer la contratación empresas especializadas como el caso de Guatemala.</p>
14.	CID/CID	Sostenibilidad	<p>En los aspectos administrativos, el documento cita la ausencia de una unidad responsable en el MSPAS que apoye la planificación, financiamiento y seguimiento de los planes de mantenimiento. Actualmente esa gestión depende de cada hospital, lo que limita su</p>	<p>La sostenibilidad se analiza respecto a las intervenciones financiadas por el proyecto, no respecto al proceso de planificación y gestión de inversiones, las que están concentradas en el</p>

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
			desarrollo profesional. Esta situación, sumada a la rotación de personal público y a las limitaciones presupuestarias, también ponen en riesgo la sostenibilidad.	MSPAS y sujetas a las tensiones descritas en el comentario. Sin perjuicio de lo anterior la gestión de inversiones corresponde a una actividad regulada centralmente por el MSPAS, independientemente que las unidades ejecutoras tengan autoridad de formulación. En este contexto la creación de una unidad para gestionar el ciclo de inversiones permite concentrar capacidad y experiencia.
15.	CID/CID	Sostenibilidad	Por lo anterior, se solicita cambiar la calificación sobre la Sostenibilidad de Satisfactorio a Poco Satisfactorio.	La calificación de la sostenibilidad está fundamentada en las preguntas 14 y 4.
16.	CID/CID	Componente 4.	Favor explicar en el PCR las acciones de comunicación social llevadas a cabo y cómo éstas fueron adaptadas a las características culturales de las regiones indígenas. Según los resultados, la aceptación de los servicios por parte de poblaciones indígenas es alta, por lo que resulta importante complementar tales resultados con datos sobre el proceso de comunicación social.	Las actividades de capacitación y comunicación del componente IV se centraron en apoyar los planes de mantenimiento hospitalario del componente II. Se incluyó aclaración en pags.14 Las actividades de pertinencia cultural se desarrollaron dentro del componente III.
17.	CID/CID	Hallazgos y recomendaciones.	Pertinencia cultural. Dado que el programa tuvo acciones en áreas con población indígena, sería de utilidad incluir en el PCR alguna reflexión sobre los hallazgos y buenas prácticas alcanzadas en esta área	A través de la CT Japón, (componente III) se implementó un módulo de atención indígena en Cobán, para mejorar la calidad o cobertura del parto institucional. Se contrataron facilitadores interculturales que apoyaron el trabajo de las comadronas para el trabajo intercultural en la atención del parto. Se incluyó descripción de las intervenciones interculturales en págs. 14 (Implementación) y en VII Lecciones Aprendidas págs. 23 y 24.
18.	CID/CID	Hallazgos y recomendaciones.	Coordinación con otros donantes. El documento no menciona la existencia de otros donantes que hayan estado activos en	En la implementación de módulo de atención indígena se trabajó con Tulasalud en la atención del parto con pertinencia cultural.

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
			acciones similares a las atendidas por el programa (construcción o mejoramiento de infraestructura). Se sugiere incluir alguna referencia al respecto, en caso haya existido coordinación con otros donantes a lo largo de los 10 años del programa.	Se incluyó descripción de las intervenciones interculturales en págs. 14.
19.	CID/CID	Hallazgos y recomendaciones.	Comunicación / Diseminación Social. El PCR menciona que no se avisó a los habitantes de Mixco y la zona 18 que los Hospitales previstos en tales zonas no se construirían, lo que generó incertidumbre. Ello parece ser una lección y recomendación a tomar en cuenta en futuras operaciones que el país desee impulsar, a fin de mejorar la comunicación con los beneficiarios.	Se incluyó en sección de capacidad institucional en página 23. Cabe destacar que en las actuales operaciones esta temática se incluye de manera sistemática en Plan de Gestión Social y Ambiental.
20.	CID/CID	Desempeño de la Unidad Ejecutora.	La Unidad Ejecutora tuvo problemas serios de desempeño durante la vida del programa. Favor de explicar mejor este tema en el PCR, haciendo un análisis que revele cómo operó, su composición y capacidades técnicas en la vida del programa. La ausencia de dicha Unidad generó debilidad institucionalidad y problemas en la gobernanza del programa, afectando a su vez la toma de decisiones y ritmo de ejecución. Por lo anterior, se solicita cambiar la calificación sobre el desempeño de la Agencia Ejecutora de Satisfactorio a Poco Satisfactorio.	Se modificó calificación de la Unidad Ejecutora a Poco Satisfactoria e incluyó fundamentación en página 19.
21.	CID/CID	Asignación presupuestaria.	Otro tema que impactó la ejecución fue la limitada asignación presupuestaria a lo largo del programa. Se recomienda al Jefe de Equipo hacer un análisis sobre este aspecto y sus implicancias en la ejecución.	La falta de asignación presupuestaria generó un incremento de plazos los años 2015 y 2016. El 2015 tuvieron que resolver el cambio de categorías entre equipos y obras civiles. El 2016, se asignó un presupuesto insuficiente para que la obra avanzara de manera adecuada. Se describe en progreso de implementación del componente I en página 12

No.	Nombre/Dept.	Tema	Comentarios	Respuestas
22.	CID/CID	Externalidades positivas.	Sería de utilidad que el PCR explicara en cuantos de los Hospitales del país se ha aplicado el MGH.	En página 18 se menciona que el MGH ha sido implementado en 14 hospitales
23.	CID/CID	Otros temas.	Sección IV / Factores críticos. Se sugiere ajustar la redacción del tercer bullet respecto a "procesos burocráticos". En su lugar se podría indicar "complejidad en los procesos para ...".	Se corrigió el párrafo.
24.	CID/CID	Otros temas.	Componente III: Es posible brindar en una nota al pie mayores detalles de la cooperación técnica japonesa que apoyo al proyecto.	Desde el diseño de la operación el Componente III fue concebido para ser financiado por la Cooperación Japonesa y aporte local. En página 7 se describe el alcance planificado y en página 14 se describe el resultado de la implementación.
25.	CID/CID	Otros temas.	Es posible brindar mayores detalles que sustenten la conveniencia de recomendar el uso de modelos de licitación de diseño y construcción, se considera que el documento no refleja adecuadamente la problemática que sustenta dicha recomendación.	Se ajustó párrafo donde se describe la recomendación de utilizar el mecanismo de diseño y construcción. Pag.24