

GUATEMALA

PERFIL DE PROYECTO (PP)

I. DATOS BÁSICOS

Título del proyecto:	Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad de los Servicios de Nutrición y Salud			
Número del Proyecto:	GU-L1022			
Equipo de Proyecto:	Nohora Alvarado (SPH/CGU); y Ariadna García Prado (SCL/SPH) Jefas de Equipo; Isabel Nieves (SPH/CBL); Julián Cristia (RES/RES); Rita Sorio (SPH/CBR); Juan Carlos Martell (CID/CGU); Hugo Us (SCL/GDI); Olga Gómez (CID/CID); Carolina Chacón (CID/CGU); y Martha Guerra (SCL/SPH).			
Prestatario:	República de Guatemala			
Organismo ejecutor:	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)			
Plan de financiamiento:		<u>Primera Fase</u>	<u>Segunda Fase</u>	<u>Tercera Fase</u>
	BID millones: (CO)	US\$35,0	US\$25,0	US\$25,0
Salvaguardias:	Políticas identificadas:	Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703), y Política Operativa Sobre Pueblos Indígenas (OP-765).		
	Categoría:	Clasificación B		

II. JUSTIFICACIÓN GENERAL

A. Antecedentes, problemas y justificación

- 2.1 **Situación general de nutrición y salud.** A pesar de la mejora en algunos indicadores sociales en los últimos años, Guatemala sigue ubicado entre los países con los peores indicadores de salud y nutrición en América Latina y el Caribe (LAC)¹. 54% de los guatemaltecos menores de cinco años padecen de desnutrición crónica², lo que repercute en las altas tasas de mortalidad infantil³ (39,0/1.000 frente al 29,6/1.000 en LAC) y en la baja esperanza de vida al nacer (68 años frente a 72 en LAC). Adicionalmente, el acceso a los servicios de salud y nutrición de la población guatemalteca es altamente desigual⁴. Estas inequidades se reflejan en los indicadores de salud de las poblaciones indígenas y rurales: la mortalidad materno-infantil es tres veces superior en las áreas rurales y la desnutrición crónica en niños indígenas es 35% superior al promedio nacional.

¹ Entre 2000 y 2006 Guatemala mostró importantes mejoras: incremento del 3% en esperanza de vida, reducción del 22% en la tasa de mortalidad infantil y de menores de cinco años, descenso del 11% en la tasa de fertilidad. Guatemala Poverty Assessment, World Bank, 2008.

² www.who.int/nutgrowthdb/database/en. Consultado en línea, 1 septiembre 2009. La desnutrición crónica tiene serias consecuencias sobre la salud, capacidad de aprendizaje y el desarrollo intelectual de los niños, así como en la productividad laboral futura.

³ Mortalidad infantil incluye a los menores de 12 meses. La tasa de mortalidad de los menores de 5 años se sitúa en 53/1.000 (LAC=35.7)

⁴ El [Anexo V](#) describe con detalle los problemas de desnutrición y salud materno infantil de Guatemala.

- 2.2 **Problemática del sistema de nutrición y salud. Limitada inclusión de medidas efectivas de nutrición en los servicios preventivos de salud.** La reducción efectiva de la desnutrición requiere del esfuerzo conjunto entre varios sectores. En el caso de salud, recién se vienen implementando programas específicos para atender de manera preventiva los problemas de la desnutrición crónica y de deficiencia de micronutrientes en los servicios de salud y en la comunidad. En este sentido, se requiere apoyar principalmente los esfuerzos del MSPAS, para incorporar medidas eficaces de nutrición preventiva en los servicios de atención primaria, fortalecer los programas de educación para modificación de conductas alimentarias en el ámbito comunitario, desarrollar capacidad técnica en nutrición preventiva en el personal y mejorar la distribución y cobertura de la suplementación con micronutrientes⁵. **Inadecuado e inequitativo acceso a los servicios de nutrición y salud.** Una proporción importante de la población aún no tiene acceso a los servicios públicos de nutrición y salud⁶. El porcentaje de partos institucionales es 30% en zonas rurales vs. 66% en las urbanas; el 80% de la población indígena tiene partos domiciliarios, en comparación con el 42% de la población mestiza⁷. La oferta de servicios del MSPAS es insuficiente, en parte debido a la falta de inversión en infraestructura de primer y segundo nivel, y en parte por un modelo de entrega de servicios que no tiene en cuenta la multiculturalidad de la población⁸. Los usuarios del sistema de salud se enfrentan a barreras de acceso económicas, geográficas y culturales. **Desarticulación entre niveles del sistema público de nutrición y salud⁹.** El funcionamiento en redes de servicios, con coordinación entre niveles y procedimientos de referencia y contra-referencia es limitado y conlleva a una desintegración funcional entre los distintos niveles de complejidad. En adición, no se cuenta con una cartera de servicios claramente definida para cada nivel de atención. Existen debilidades en el modelo de gestión que sigue siendo centralizado, principalmente curativo y hospitalario, no funciona de forma articulada y, por tanto, no garantiza la continuidad en la atención. **Escasez de recursos humanos y su ineficiente e inequitativa distribución.** Uno de los retos del sistema de salud es la planificación, producción y colocación de médicos, enfermeros (profesionales y técnicos) y nutricionistas comunitarios. Existe una notoria escasez de personal de la salud; solamente alrededor de 10 médicos y 4 enfermeros profesionales por cada 10.000 habitantes¹⁰. El personal contratado está distribuido de forma inequitativa, ya que la mayoría de los recursos humanos se concentran en las zonas urbanas, sobre todo en hospitales.
- 2.3 **Respuestas del gobierno.** El Gobierno de Guatemala (GOGU) ha orientado sus intervenciones a mejorar la salud y nutrición materna e infantil en las zonas más pobres del país. En 1996 inició una reforma dirigida principalmente a ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a través del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y a

⁵ Marini, A & M Gragnolati, Malnutrition and Poverty in Guatemala. World Bank, Policy Research Working Paper 2967, 2003.

⁶ El Banco Mundial estima que más del 14% de la población aún no tiene cobertura. Ver World Bank, Expanding Opportunities for Vulnerable Groups Project, 2009; Project Appraisal Proposed Loan.

⁷ Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. MSPAS, Guatemala 2003.

⁸ Del gasto total del MSPAS en 2003 33% se invirtió en atención primaria, 56% en hospitales y 11% en administración. Banco Mundial. "Key Issues in Central American Health Reforms." Informe 36426, 2007).

⁹ El sistema de nutrición y salud guatemalteco conformado por los subsistemas público, privado y no lucrativo, es heterogéneo, segmentado y desarticulado⁹. El subsistema de salud pública se organiza en tres niveles de atención según complejidad.

¹⁰ Según parámetros de OMS, la razón de profesionales de la salud debe ser de 25 por cada 10.000 habitantes para alcanzar una cobertura mínima. Ver OPS 2007. Salud en las Américas 2007, Capítulo 4, 350.

aumentar el gasto público del primer nivel¹¹. Para combatir la desnutrición puso en marcha (2005) el Programa Atención Integral al Niño y la Mujer Comunitario (AINM-C) que a la fecha se ejecuta en algunas comunidades en 49 de los 333 municipios cubiertos por el PEC. Estas intervenciones muestran potencial para fortalecerse y ampliarse para cubrir a más poblaciones desfavorecidas¹². Recientemente se inició el Programa de Transferencias Condicionadas Mi Familia Progresá (MIFAPRO) para estimular la demanda de servicios de nutrición, salud, y educación. La prioridad del MSPAS para atender la demanda generada es mejorar los servicios públicos de atención primaria, fortaleciendo el PEC, los puestos y centros de salud y reforzando su articulación, estimulando la oferta de recursos humanos calificados en materia de nutrición y salud, mejorando y expandiendo el AINM-C.

- 2.4 **Racionalidad para la intervención del BID en el sector de nutrición y salud.** El BID ha centrado su apoyo al sector en: (i) la reforma de salud, especialmente en el financiamiento del PEC, el fortalecimiento del rol rector del MSPAS y la orientación del gasto público a la atención primaria con dos operaciones (890-891/OC-GU y 1221/OC-GU); (ii) fortalecer la gestión y la red hospitalaria mediante los préstamos (1221/OC-GU y el (1852/OC-GU); y (iii) más recientemente en apoyar al programa MIFAPRO a través de un PBL social. Esta operación complementa las intervenciones existentes en el nivel primario y hospitalario con el fortalecimiento de los servicios públicos del primer y segundo nivel, la introducción de elementos para la organización y articulación de estos servicios en redes, manteniendo el enfoque en salud y nutrición materno-infantil para la población más desfavorecida. Este programa también dará respuesta parcial al aumento en la demanda de servicios generada por MIFAPRO.
- 2.5 **Estrategia del País y del BID.** El pilar social del Plan de Gobierno 2008-2011 prioriza la inversión en educación, salud y nutrición, focalizando a hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad extrema. La política social tiene como eje principal el programa MIFAPRO, complementado con acciones para fortalecer y focalizar la oferta de los servicios de salud, nutrición y educación para los beneficiarios del programa. El Programa está alineado con la Estrategia del BID con el País 2008-2011¹³, la cual a través de su primer objetivo contribuye al apoyo técnico y/o financiero para la reducción de la desnutrición crónica, la mortalidad materno-infantil y las enfermedades prevalentes de la niñez y la pobreza.

B. Objetivo y resultados esperados

- 2.6 El **objetivo general** del Programa multifase es mejorar el acceso y la calidad de los servicios de nutrición y salud del primer y segundo nivel de atención, con el fin de contribuir a reducir la tasa de mortalidad materno-infantil, y la desnutrición crónica de

¹¹ El PEC se centra en municipios priorizados por su pobreza, contrata a ONG que prestan servicios básicos de salud a poblaciones rurales y dispersas. Actualmente tiene una cobertura de 41 beneficiarios.

¹² Tanto los equipos de salud como los educadores comunitarios requieren de fortalecimiento en nutrición preventiva y técnicas de comunicación para modificación de conductas. Existe evidencia que el modelo de intervención más adecuado para lograr cambios en conductas claves de alimentación y cuidado infantil combina un equipo de profesionales en salud primaria con un equipo de técnicos comunitarios que realiza acciones de promoción de la ganancia de peso en la comunidad y en el hogar. Ver Matute, J. "Estudio Comparativo de Modalidades de Atención Integral del Niño y la Mujer en la Comunidad (AINM-C) y su Relación con Prácticas de Nutrición y Cuidado Infantil." Informe presentado al MSPAS, 2009.

¹³ Ver documento GN-2501.

menores de 5 años, en 77 de los 147 municipios priorizados por MIFAPRO¹⁴. **Los objetivos específicos** son: (i) fortalecer la oferta de servicios de salud, del primer y segundo nivel de atención, dando respuesta a las demandas generadas por los municipios prioritarios de MIFAPRO; (ii) mejorar los programas de atención y educación nutricional, con énfasis en el nivel comunitario, de manera integral con los servicios de salud; (iii) ampliar la oferta de RRHH en salud y nutrición en el primer y segundo nivel, dando respuesta a las necesidades del sector en el corto y largo plazo; y (iv) fortalecer la capacidad del MSPAS principalmente en cuanto a sistemas de información, monitoreo y evaluación.

III. ASPECTOS DE DISEÑO Y CONOCIMIENTO DEL SECTOR

- 3.1 Para lograr estos objetivos, el Programa prevé cuatro componentes: **Componente 1: Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios preventivos de nutrición y salud.** El objetivo es fortalecer la oferta de servicios de nutrición y salud de primer y segundo nivel para mejorar el acceso a los servicios y responder con calidad a la demanda que genere el programa MIFAPRO en los municipios priorizados, especialmente en salud materno infantil. Esto incluye mejorar la articulación del primer nivel de atención con el segundo, especialmente entre PEC y puestos de salud con los servicios de segundo nivel, a través de la construcción de redes de servicios, de referencia y contrarreferencia, para asegurar la continuidad de la atención. Los subcomponentes son: 1.1. Mejoramiento del modelo de gestión y prestación de los servicios de salud; y 1.2. Fortalecimiento de la red de centros y puestos de salud, incluyendo infraestructura y equipamiento cuando sea necesario.
- 3.2 **Componente 2: Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva en el nivel comunitario.** El objetivo es mejorar la efectividad y extender la cobertura del Programa AINM-C y fortalecer sus vínculos operativos con el primer nivel de atención. Se busca mejorar la efectividad del modelo de intervención comunitaria de promoción del crecimiento, incluyendo la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria, y la modificación de conductas de cuidado y alimentación de los niños menores de dos años y de las mujeres embarazadas y lactantes. Se busca vincular operativamente estos servicios comunitarios al conjunto de servicios de nutrición y salud del primer nivel de atención. Para lograrlo se apoyarán dos subcomponentes: 2.1, Apoyo a programas comunitarios de promoción del crecimiento en menores de dos años y 2.2, Fortalecimiento de la suplementación con micronutrientes esenciales a poblaciones focalizadas.
- 3.3 **Componente 3: Gestión del desarrollo del recurso humano en salud y nutrición.** El objetivo es ampliar la oferta de recursos humanos profesionales calificados para atender las necesidades de nutrición y salud en el primer nivel de atención y, mejorar la capacidad de gestión para el desarrollo del recurso humano en salud del MSPAS. El componente financiará: programas de formación de profesionales y de capacitación del personal técnico y comunitario, de acuerdo a las prioridades y parámetros técnicos definidos para la extensión de cobertura, incluyendo un enfoque multicultural; el desarrollo e implementación de estrategias dirigidas a la dotación y permanencia del

¹⁴ Los otros 70 municipios serán cubiertos por el Banco Mundial, bajo el mismo programa definido por el MSPAS.

personal profesional en zonas rurales e indígenas, partiendo del resultado de unos pilotos sobre incentivos laborales; y actividades para la mejoría y modernización del área de recursos humanos del MSPAS, garantizando la sostenibilidad y continuidad del Programa.

- 3.4 **Componente 4: Fortalecimiento de la capacidad del MSPAS en supervisión, seguimiento y evaluación.** El objetivo es fortalecer la capacidad institucional del MSPAS en las actividades de supervisión, seguimiento y evaluación de sus programas e intervenciones. Las áreas identificadas de apoyo son: (i) gerenciar el sistema de información, así como su utilización para la toma de decisiones; y (ii) monitorear y evaluar adecuadamente sus programas.
- 3.5 **Instrumento de préstamo.** Se financiará a través de un préstamo de inversión multifase, con indicadores disparadores para la segunda y tercera fases, el cual permitirá al GOGU dar continuidad a las políticas de Estado y a las intervenciones programáticas necesarias para impactar decididamente en el estado de salud y nutrición de la población más desfavorecida, y al BID, tener una presencia sostenida en el sector, acompañar la institucionalización, evaluación de políticas y programas y prestar asistencia técnica efectiva al ejecutor.
- 3.6 **Aspectos institucionales y ejecución del programa.** La agencia ejecutora será el MSPAS, a través del Viceministerio Técnico, la cual tendrá la responsabilidad de coordinar las actividades del Programa con el Consejo de Cohesión Social¹⁵ que dirige el programa MIFAPRO y con la SESAN. Durante la preparación de la operación se realizará una evaluación institucional del MSPAS, para identificar las áreas que requieren fortalecimiento para mejorar la ejecución del Programa.

IV. SALVAGUARDIAS

- 4.1 La presente operación ha sido clasificada como categoría "B". El equipo técnico del proyecto, velará por que se cumpla con la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703). En el [Anexo II](#) se detallan las medidas que se realizarán durante la preparación de la operación. En la Propuesta de Desarrollo de la Operación (POD) se describirán los riesgos y acciones a tomar para prevenir, controlar y compensar los riesgos encontrados. El equipo de proyecto velará por el cumplimiento de la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP-765) durante el diseño y ejecución del programa.

V. RECURSOS Y CRONOGRAMA

- 5.1 El [Anexo V](#) detalla el cronograma de preparación de esta operación. La fecha programada para la distribución del POD es el 3 de febrero de 2010. Se están realizando estudios de apoyo financiados con recursos del préstamo 1221/OC-GU (US\$313.000). Con US\$51.000 de recursos administrativos se contratarán siete consultorías para apoyo a la preparación del Programa. Adicionalmente, se requerirán fondos administrativos para la realización de las misiones por un monto de US\$47.840.

¹⁵ El Consejo de Cohesión Social, se integra por el MSPAS, el MINEDUC, la SESAN y la SOSEP. Su función es la coordinación de los programas de inversión social. (según Acuerdo Gubernativo 79-2008).

CONFIDENCIAL

GUATEMALA

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y
NUTRICIÓN
(GU-L1022)**

SAFEGUARD POLICY FILTER REPORT

This Report provides guidance for project teams on safeguard policy triggers and should be attached as an annex to the Project Concept Document (or equivalent) together with the Safeguard Screening Form, and sent to CESI.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	Health	
	Project Type	Investment Loan	
	Additional Operation Details		
	Country	Guatemala	
	Project Status	New Operation	
	Investment Checklist	Generic Checklist	
	Team Leader	Nohora Alvarado; Ariadna Garcia Prado	
	Project Title	Programa de Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de Salud y Nutrición	
	Project Number	GU-L1022	
	Safeguard Specialist(s)	<i>To be completed by assessor</i>	
	Assessment Date	2008-12-16	
	Assessment Number	2008-12164507-2	
	Additional Comments		
SAFEGUARD POLICY FILTER RESULTS	Project Type	Investment Loan	
	Safeguard Policy Items Identified (Yes)	Potential to affect Indigenous People (also see Indigenous Peoples Policy.)	Resettlement and Indigenous People (B.01)
		Consultations will be performed.	(B.06)
		Potential to impact the health of workers or local communities through the use of hazardous materials.	(B.10)
		Potential to cause air, soil or water contamination (also see B.10).	(B.11)
	Potential Safeguard Policy Items (?)	No potential issues identified	
	Recommended Action	Operation has triggered 1 or more Policy Directives; please refer to appropriate Directive(s). Complete Project Classification Tool. Submit Safeguard Policy Filter Report, PCD (or equivalent) and Safeguard Screening Form to ESR. <i>Policy Directives can be accessed from the Resources tab on the Toolkit home page.</i>	
	Additional Comments		

SAFEGUARD SCREENING FORM

This Report provides a summary of the project classification process and is consistent with Safeguard Screening Form requirements. The printed Report should be attached as an annex to the Project Concept Document (or equivalent) (together with the Safeguard Policy Filter Report) and sent to ESR.

PROJECT DETAILS	IDB Sector	Health	
	Project Type	Investment Loan	
	Additional Operation Details		
	Country	Guatemala	
	Project Status	New Operation	
	Investment Checklist	Generic Checklist	
	Team Leader	Nohora Alvarado; Ariadna Garcia Prado	
	Project Title	Programa de Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de Salud y Nutrición	
	Project Number	GU-L1022	
	Safeguard Specialist(s)	<i>To be completed by assessor</i>	
	Assessment Date	2008-12-16	
	Assessment Number	2008-12165159-2	
	Additional Comments		
PROJECT CLASSIFICATION SUMMARY	Project Category: B	Override Rating:	Override Justification:
			Comments:
	Conditions/Recommendations	<ul style="list-style-type: none"> Category "B" operations normally require an environmental impact analysis (see Environment Policy Guideline: Directive B.5 for Environmental Analysis requirements). However, these operations should also establish safeguard, or monitoring requirements to address environmental and other risks (social, disaster, cultural, health and safety etc.) where necessary. The Project Team must send to ESR the PP or PCD (or similar) containing the E&S Strategy (the requirements for an ESS are described in the Environment Policy Guideline: Directive B.3) plus the Safeguard Policy Filter and Screening Form Reports. These operations will normally require an environmental and/or social impact analysis, according to, and focusing on, the specific issues identified in the screening process, and an environmental and social management plan (ESMP). <p><i>Policy Directives can be accessed from the Resources tab on the Toolkit home page.</i></p>	
SUMMARY OF IMPACTS/RISKS AND POTENTIAL SOLUTIONS	Identified Impacts/Risks	Potential Solutions	
	The impacts from production, procurement and disposal of <u>hazardous materials</u> are <u>minor</u> and will comply with relevant national legislation, IDB requirements on hazardous material and all applicable <u>International Standards</u> .	Monitor hazardous materials use: The client should document risks relating to use of hazardous materials and prepare a hazardous material management plan that indicates how hazardous materials will be managed (and community risks mitigated). This plan could be part of the ESMP.	
	The operation presents potential for positive impacts or opportunities for the indigenous people	Opportunities for Indigenous People: The project team should contact GDI and ESG to further develop the opportunity. Please refer to the Indigenous Toolkit for a more detailed description of the potentiality of the project (available at: http://sds/handbook/security0/template.cfm?page=16)	
ASSESSOR DETAILS	Name of person who completed screening:	Date:	
	Comments:		

GUATEMALA

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN (GU-L1022)

ESTRATEGIA DE SALVAGUARDIAS AMBIENTAL Y SOCIAL

- 1.1. De acuerdo con la Política de Salvaguardias y Medio Ambiente (OP-703), esta operación requiere aplicar solamente la política directiva B. El Proyecto no requiere clasificación de impactos.
- 1.2. La operación solicitada es un Préstamo de Inversión Multifase y no se prevé que el programa genere impactos negativos sociales ni sobre el medio ambiente. Por el contrario, se prevé que el programa producirá efectos sociales positivos, toda vez que se busca ampliar la oferta de servicios de salud y nutrición con calidad, principalmente hacia la población económica y socialmente más vulnerable del país.
- 1.3. El equipo técnico del proyecto velará por que se cumpla con la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703). Se realizará un estudio de evaluación ambiental que permita identificar los potenciales riesgos ambientales del Programa y definir las acciones para prevenir, controlar y compensar los riesgos encontrados, específicamente con respecto a la realización de pequeñas obras y el manejo de desechos en puestos y centros de salud.
- 1.4. El equipo técnico del proyecto velará por que se cumpla la Política Operativa sobre Pueblos Indígenas (OP-765). Específicamente, se propondrán modificaciones al modelo de entrega de servicios de salud y nutrición primaria para adecuarlo a las expectativas de las poblaciones indígenas de los 70 de los 140 municipios donde se focalizarán las inversiones de los componentes 1 y 2, con base a los resultados de una revisión sistemática de la literatura sobre prácticas de salud y nutrición en poblaciones indígenas.

GUATEMALA

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN
(GU-L1022)**

ÍNDICE DE TRABAJO RELEVANTE TERMINADO Y PROPUESTO

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Componente 1			
Estudio de Censo de Infraestructura, Equipamiento y RRHH	Se realizará un censo que permita identificar el status de la infraestructura de la red de servicios de salud, equipamiento y recursos humanos	Consultoría finalizada 5-2010	
Evaluación del Diseño e Implementación del PEC	Estudio para identificar los principales problemas que enfrenta la entrega de los servicios de salud a través del PEC. Financiado con fondos de la ATN/SF-9008-GU	Consultoría finalizada 12/ 2008	SEGEPLAN
Evaluación del PEC	Se analiza el impacto del PEC en el acceso a los servicios de salud. Se emplean indicadores como controles prenatal y post parto, vacunaciones y monitoreo del crecimiento, tasa de mortalidad infantil y fertilidad.	Consultoría finalizada 10/ 2009	BID/ J. Cristia
Componente 2			
Articulación programas comunitarios y SBS	Se analizará como se articulan los programas comunitarios de la población, con los servicios de salud del MSPAS	Consultoría finalizada 10-2009	
Evaluación Cualitativa del Programa Creciendo Bien	Se analiza la estructura, procesos y productos e impacto del programa en su primera fase, considerando aspectos sobre la calidad de su formulación y ejecución, así como efectividad y eficiencia. Financiado con la ATN/SF-9008-GU.	Consultoría finalizada 12/ 2008	SEGEPLAN
Plan Nacional para la Erradicación de Deficiencias de Micronutrientes	El Plan se elaborará, para un período de 10 años, en el que se parte del diagnóstico del sector y se definen las diferentes intervenciones en el país y aquellas que se deberían introducir. Financiado con GU-T1118 Fortalecimiento a la SESAN	Consultoría finalizada 12/ 2009	SESAN
Componente 3			
Alternativas reclutamiento y permanencia del personal de salud	Diseño e Implementación de piloto de alternativas de reclutamiento y permanencia del personal técnico y profesional en salud y nutrición	Consultoría finalizada Consultoría finalizada 12/2009	
Abordaje pertinencia cultural			
Análisis de Barreras de Acceso y Demanda de los Servicios de Salud	Revisión de evidencia existente sobre barreras de acceso (geográficas, culturales, económicas, sociales) a servicios de salud por el lado de la demanda, para ajustar la oferta.	Consultoría Finalizada 02-2009	

Temas	Descripción	Fechas estimadas	Referencias y enlaces archivos técnicos
Revisión de prácticas Alimentarias	Revisión de conductas clave sobre prácticas alimentarias de las poblaciones indígenas y de las áreas de intervención	Consultoría Finalizada 10-2009	
Evaluación Institucional			
Evaluación Institucional del MSPAS	Utilización del CESI para evaluar MSPAS y definir Plan de mejoramiento y Estudio de Evaluación Ambiental	Consultoría Finalizada 10-2009	
Generales de referencia			
Programa Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios Salud /Nutrición	El MSPAS elaborará el documento del Programa de Gobierno, incluyendo estimaciones de costos. Este será la base para la coordinación con el BM.	Documento finalizado 10-2009	
Guatemala: Más Crecimiento, más equidad. Prioridades de desarrollo	Publicación del Banco Interamericano de Desarrollo para el Diálogo de Políticas con las autoridades de Guatemala, en donde se realiza un diagnóstico de temas de la agenda de desarrollo como así también desafíos y propuestas de política.	Terminado 2008	Banco Interamericano de Desarrollo

Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad de los Servicios de Nutrición y Salud
Ruta Crítica: Cronograma de Preparación y Recursos

Ítem	Oct/Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Misión de Identificación I																	
Misión de identificación II																	
Preparación del Perfil de Proyecto (PP)																	
Distribución del PP a QRR																	
ERP																	
Aprobación PP																	
Publicación de PP *																	
Estudios preparatorios																	
Revisión de prácticas alimentarias																	
Análisis barreras acceso y demanda servicios																	
Revisión de cartera de servicios																	
Identificación de redes de salud																	
Diseño e Implementación del Plan Pilot																	
Consultoría de Evaluación Ambiental																	
Articulación AINM-C con SBS																	
Alternativas reclutamiento RRHH																	
Análisis comportamiento AINM-C																	
Análisis Institucionales MSPAS/SESA																	
Validación de Información servicios primarios de salud																	
Estudio de Censo de Infraestructura, Equipamiento y RRHH																	
Elaboración de Línea de Base																	
Misión de Orientación I																	
Misión de Orientación II																	
Misión de Análisis																	
Preparación de la Propuesta de Desarrollo de la Operación (POD)																	
Preparación del POA de 18 meses iniciales de ejecución, incluyendo PA.																	
Distribución del POD a QRR																	
Aprobación del POD																	
SEC																	
Borrador de Propuesta de Prestamo a OPC																	
OPC aprueba borrador de Propuesta de Préstamo																	
Negociación																	
Entrega cambios a SEC																	
Propuesta de Préstamo a Directorio **																	
Aprobación de Directorio																	

* Aprobación del PP. Aunque se realizó el ERP en diciembre, no se continuó con la aprobación del PP sino hasta marzo debido a que en dicha reunión se acordó consultar con el país la posibilidad de reformular dos operaciones para financiar el Programa de salud. En marzo el MINFIN informó al BID que la reformulación sería para financiar otros sectores.

** La presentación a Directorio esta prevista para el 30 de marzo de 2010.

CONFIDENCIAL

GUATEMALA

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN (GU-L1022)

ANTECEDENTES EN SALUD

Mortalidad materna e infantil. La razón de mortalidad materna bajó de 219/100.000 nacidos vivos (n.v.) en 1989 a 153/100.000 n.v. en el 2000¹. Sin embargo, al desagregar este indicador se observa que la razón de mortalidad materna en la población indígena es de 211/100.000 n.v. en 2000, tres veces mayor que en la población ladina, con 70/100.000 n.v. La mayor parte de las muertes maternas ocurren por complicaciones dentro de las primeras 24 horas después del parto habitualmente en el hogar, en esencia debido a la falta de acceso a atención institucional y/o a la falta de oportuna capacidad resolutive del sistema de salud². Sólo el 33.1% de los partos son atendidos por personal profesional calificado y además, una de cada cinco mujeres embarazadas en Guatemala no recibe ningún control prenatal mientras que el porcentaje de mujeres que reciben cuidados post-parto es bajo y no ha cambiado en la última década. Otros factores que influyen en la mortalidad materna, especialmente en poblaciones indígenas, son la deficiencia de hierro y la desnutrición de la madre. Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil es la más alta de Centroamérica, aunque ha disminuido de 52/100 n.v. en 1995 a 33/1000 en 2002, principalmente por la reducción de la mortalidad después del primer mes de vida. En cambio, la mortalidad en los primeros 28 días se ha estancado en los últimos 20 años, determinando los altos niveles de mortalidad infantil existentes. Las causas más frecuentes de mortalidad infantil son infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas. La causa subyacente en al menos la mitad de los casos, es desnutrición.

Desnutrición. La desnutrición infantil en Guatemala es la más alta de América Latina y el ritmo de disminución de la desnutrición crónica en menores de cinco años tiende a estancarse. La situación es particularmente crítica para la niñez indígena que muestra una tasa de desnutrición crónica de 70% (comparado con el 35% para población no indígena y una tasa nacional de 49%). Las principales causas de la desnutrición infantil son las malas prácticas alimentarias y las infecciones recurrentes, en entornos de pobreza y extrema pobreza rural. Únicamente la tercera parte de los menores de seis meses recibe lactancia materna exclusiva, mientras que los niños/as de 6 a 36 meses no reciben una alimentación complementaria adecuada y oportuna que cubra sus requerimientos energéticos, proteicos y de micronutrientes. Las mujeres sufren de rezagos en talla al llegar a la edad reproductiva y aproximadamente un 20% de los niños nacen con bajo peso, evidenciando un problema de poca ganancia de peso durante el embarazo³. La prevalencia de bajo peso al nacer es más alta en la población indígena, contribuyendo así a la transmisión intergeneracional de la desnutrición. Asimismo, la alta prevalencia de deficiencias de micronutrientes, especialmente hierro y vitamina A, en niños y mujeres constituyen serios problemas de salud pública.

¹ Hacia el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala, SEGEPLAN, 2006.

² Stupp, Monteith and McCracken, 2005.

³ Boy, Erick, N.Bruce & H. Delgado. "Birth Weight and Exposure to Kitchen Wood Smoke During Pregnancy in Rural Guatemala." *Environmental Health Perspectives*, Vol. 10. 2002.

El Sistema de Salud. El sistema de salud es heterogéneo y segmentado en subsistemas -público, privado y de seguridad social- sin vínculos funcionales entre ellos. Paralelamente funciona la medicina tradicional totalmente desarticulada de los otros subsistemas, a pesar de ser un servicio muy utilizado por la población rural⁴. El subsistema de salud pública está conformado por el MSPAS y está estructurado en nivel central, 29 áreas departamentales y 292 distritos municipales. La organización de la provisión de servicios contempla tres niveles de atención. En el primer nivel los puestos de salud atienden a población por demanda espontánea y ONGs contratadas por el MSPAS prestan servicios básicos a través de equipos itinerantes a un 60% de población de 125 municipios priorizados. El segundo nivel contempla los centros de salud e incluyen los centros de atención materno-infantil con atención del parto normal y resolución quirúrgica (CAIMI's y CAP's). El tercer nivel de atención, está conformado por 43 hospitales: distritales, departamentales, regionales, de referencia nacional y especializados.

⁴ Existe un marco legal para promover un sistema de salud multicultural, pero en la práctica no hay una coexistencia y coordinación entre los dos modelos de salud.

Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad de los Servicios de Salud y Nutrición (GU-L1022)
Perfil de Proyecto (PP)

Matriz de Comentarios (QRR)

A. Proceso QRR El Perfil del Proyecto de la operación, fue distribuido por correo electrónico el 25 de noviembre de 2008 para QRR. Los comentarios recibidos y las aclaraciones se reflejan en las columnas correspondientes de esta matriz de comentarios. La reunión de ERM se realizó el 16 de diciembre de 2008.			
B. Asuntos No Resueltos:			
C. Comentarios:			
Nombre/Depto.	Tema	Comentarios	Respuestas
Hugo Nopo RES/RES	Demanda de servicios de salud, desde una perspectiva indígena	El análisis esta muy orientado al lado de la oferta y se analiza muy poco el lado de la demanda de los servicios de salud. Guatemala es un país con importante presencia indígena y las comunidades indígenas tienen prácticas de salud que pueden ser catalogadas como "poco convencionales" desde una perspectiva de medicina occidental. Estas prácticas representan barreras culturales muy respetables que limitan el uso de servicios de salud de segmentos importantes de la población. Un programa de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud definitivamente debería tomar esto en cuenta. El documento refleja solo parcialmente la incorporación de una perspectiva indígena en la demanda de servicios de salud. Yo recomendaría al equipo de trabajo que elabore un poco más en este tema.	Demanda y oferta: El GOGU ha lanzado un programa para estimular la demanda de servicios de salud, un PTMC llamado Mi Familia Progresá. La intención del Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad de los Servicios es responder con una oferta de buena calidad, oportuna y sensible a las diferencias interculturales a la demanda que se está produciendo entre los beneficiarios de MIFAPRO. <u>Barreras culturales al uso de servicios de salud:</u> Se reforzará este tema en el POD. Se está realizando una revisión sistemática de la evidencia sobre las barreras de acceso y demanda de servicios de salud por parte de las poblaciones indígenas para informar decisiones sobre ajustes a la forma que se entregan los servicios. También se está realizando una revisión sobre prácticas alimentarias del grupo materno infantil para fortalecer el modelo comunitario de prevención de la desnutrición crónica en estas poblaciones. La Unidad de Interculturalidad del Ministerio de Salud estará involucrada en el diseño de los componentes 1 y 2 del programa. Ambos componentes apoyarán la capacitación de equipos básicos de salud en la entrega de servicios con sensibilidad intercultural y de género.

	Programa de Extensión de Cobertura	El PEC parece ser un modelo muy interesante de expansión de la oferta con incorporación de elementos de culturas indígenas locales. Este es un tema en el que el Banco tiene ya una experiencia bien ganada. El documento podría elaborar un poco más la discusión del PEC, mostrando las características básicas de su funcionamiento y haciendo un análisis más detallado de los limitantes de su funcionamiento. A partir de ello, el documento puede detallar como esta propuesta complementa lo ya existente en Guatemala.	En el POD incorporaremos algo más de detalle sobre el PEC y explicaremos mejor por qué el reforzar los puestos y centros de salud es una intervención necesaria para complementar al PEC. Además en el diseño se está prestando atención a los elementos culturales que incorpora el PEC para ver si se pueden incorporar en los centros y puestos de salud.
	Criterios de priorización de MIFAPRO	El objetivo del programa es mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en los 125 municipios priorizados por MIFAPRO. Seria conveniente que el documento discuta los criterios que MIFAPRO ha utilizado en tal priorización y analizar hasta que punto estos criterios son concordantes o no con los objetivos del programa.	<p><u>Priorización de municipios:</u> Para la focalización del gasto el GOGU utiliza el Mapa de Pobreza 2002, el cual emplea el método de línea de pobreza (nivel mínimo de consumo) y combina la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2000 con el Censo de Población y Vivienda del año 2002, para obtener estimaciones de pobreza a niveles departamentales y municipales. Una vez priorizado el municipio MIFAPRO selecciona hogares beneficiarios a través de la aplicación de una prueba indirecta de medios (PMT) usando variables de caracterización de los hogares obtenidas de la ENCOVI (caracterización de la vivienda, bienes de consumo durable, características demográficas de miembros del hogar) fueron priorizados por el anterior Gobierno.</p> <p>Cumpliendo con su cometido de usar el PTMC como el instrumento <i>par excellence</i> para coordinar la oferta con los ministerios responsables, el Consejo de Cohesión Social ha establecido que tanto Salud como Educación deben cerrar la brecha de oferta para los beneficiarios de MIFAPRO en los municipios priorizados (130), focalizando las intervenciones inicialmente en las comunidades con mayores índices de pobreza extrema, es decir, rurales e indígenas. Por tanto, hay una correspondencia total entre la priorización de MIFAFPRO y los objetivos de esta operación. En el POD se incluirá información sobre los criterios de priorización de MIFAPRO.</p> <p>Nota: El Mapa de Pobreza no se ha actualizado con el ENCOVI 2006.</p>

<p>Amanda Glassman SCL/SPH</p>	<p>Programa de Extensión de Cobertura</p>	<p>According to Daniel and LaForgia, the PEC is successful in increasing utilization and some basic measures of quality (i.e. DPT 3 coverage) among the poor in underserved areas (more than we can say for public services), and clearly works to move and maintain spending in poor areas of the country. Paragraph 2.3 indicates that PEC can not expand further due to "scarcity of NGO providers". I find this very hard to believe, and don't understand why private providers and international NGO might not also be eligible to provide services. The track record of GOGU in reallocating spending outside of Guatemala City is extremely poor, and PEC is a mechanism that works to accomplish this goal. I would highly recommend that we continue to press GOGU to extend PEC, rather than spending massively for them to build clinics that they can not maintain and staff.</p>	<p>Se han hecho las modificaciones necesarias en el párrafo, con el fin de aclarar que la intervención en los puestos y centros de salud (institucionales) no pretende sustituir, sino complementar el PEC. Estamos de acuerdo en que el razonamiento de que el PEC no se puede expandir por falta de NGO no explica nuestra intervención. Nuestro argumento va más en la línea de buscar la complementariedad necesaria con el PEC para que los usuarios del PEC puedan ser referidos a servicios de calidad en los puestos y centros de salud y para que la población general, y no solo la materno-infantil, pueda entrar dignamente a un sistema de salud que ofrece atención sanitaria desde el puesto de salud mismo, garantizando un sistema de referencia y contrarreferencia. No obstante, cabe señalar que la “oferta” de ONGs para prestar los servicios de salud en Guatemala es limitada. Durante los últimos 4 años el BID y BM han financiado el PEC aplicando mecanismos de selección competitiva, pero no se ha logrado aumentar el número de ONGs interesadas en participar en el PEC. Por otra parte, actualmente la incorporación a la prestación de los servicios de salud por otras instancias del sector privado no tiene viabilidad dentro del MSPAS y el Gobierno. Incluso el tema de las ONGs prestadoras de servicios es cuestionado por las actuales autoridades.</p>
---	---	--	---

	Instrumento de Préstamo	A multi-phase investment loan is most successful when: (i) we are confident that GOGU will stay the course on core policies/programs; and (ii) we have high quality, independently verifiable baseline and target indicators of outputs and outcomes and/or are not worried about the quality and reliability of their internal information and reporting systems. Are these two conditions in place?	(i) La tendencia histórica del GOGU es no mantener el curso y la continuidad de las políticas y programas de salud. Si bien el PEC y el AINM-C han sobrevivido por lo menos un cambio de administración, ha sido en parte por el financiamiento externo que estas iniciativas reciben. El equipo de proyecto cree que ante esta tendencia un multifase permite introducir incentivos para la continuidad de políticas (la aprobación rápida de una segunda fase y el financiamiento que implica) e instrumentos para ayudar a construir esa continuidad (el cumplimiento de los indicadores gatillo) mientras que también introduce la opción de no continuar con una segunda fase si las condiciones de continuidad no se logran. (ii) La operación contará con una evaluación externa e independiente con algunos elementos de evaluación o verificación “concurrente”, específicamente en lo que respecta a los avances en el cumplimiento de los indicadores gatillo de la segunda fase que harán parte de la matriz de resultados. Además el componente de fortalecimiento institucional hará énfasis en el reforzamiento del sistema de información gerencial en salud para mejorar la confiabilidad y oportunidad de la información administrativa interna.
	Párrafo 2.1.	The lack of pre-natal care is not the main driver of neonatal and maternal mortality, rather it is the lack of qualified obstetric care as noted in your annex.	De acuerdo. Observación incorporada en el párrafo.
	Párrafo 2.2.	Please include information on the level and distribution of public spending on health. Also I recommend omitting the MSPAS estimate of coverage as it is clearly inaccurate. Why not use the LSMS-type survey to show the % of poor who use when sick and the reasons for non-use if sick. Or some of the coverage of key services example that are in the annex? In the second to last sentence, you need to add a "las" in front "diferencias epidemiológicas".	Gasto en Salud. Se incluirá información al respecto en el POD ya que por falta de espacio no se incorporó en el PP. Indicadores de cobertura. Se incorpora información sobre acceso a servicios institucionales atendidos por personal profesional de la última Encuesta Nacional Materno – Infantil (2002), en vez de las estimaciones de cobertura estimadas por el MSPAS ya que como se señala, no se sustentan en datos comprobables.

	Párrafo 2.3.	Any evidence on the effectiveness of AINM-C in Guatemala?	La evidencia no esta disponible. Las revisiones a la fecha han sido parciales, cualitativas o institucionales. La evaluación del AINM-C a través del PEC y del programa Creciendo Bien es de calidad dudosa. Sin embargo el potencial de la estrategia es considerable, dados os resultados de las evaluaciones de otros países (HO, NI). EL Banco está financiando una evaluación rápida de procesos y de los logros conductuales del AINM-C como parte del diseño de esta operación para informar ajustes al modelo y la operación financiará una evaluación de impacto del AINM-C.
	Párrafo B. (Pág. 3)	What is the MIFAPRO municipal prioritization based on?	Ver respuesta a tercer comentario de Hugo Napa.
	Párrafo 3.4.	I would negotiate exactly what schemes you will use to contract staff for poor clinics up front, and include in the loan contract. No real need to pilot, just a need to assure the legality of whatever mechanism you establish with your counterparts. These are controversial measures in any health system, and there is a big risk that -although crucial to the success of the program- they would never be implemented. What about pay for performance instruments?	En la pasada misión estuvimos explorando posibles opciones para contratar recursos humanos. Se discutió sobre sistemas de incentivos, pecuniarios y no pecuniarios para atraer a personal calificado a las zonas rurales y pobres. Actualmente estamos trabajando con Rita Sorio para “aterrizar” este componente y tener una s propuestas más concretas con la intención de incorporálas de modo detallado en el POD. Se espera además que el piloto esté listo antes de que tengamos que aprobar el documento de préstamo y sus resultados también alimentarán nuestra propuesta.
	Párrafo 4.1	Since you are building health clinics, you need to include an obligatory sentence about deshechos médicos, etc.	En el POD, el equipo de proyecto incorporará las referencias a desechos sólidos. Uno de los estudios previstos incluye la definición de la forma como se abordará este tema.

	Párrafo 5.1.	14 studies seems like a lot for preparation, and the timing appears very unrealistic (i.e., two months for the design and implementation of a pilot on recruiting and retention of technical and professional personnel?)	No todos los estudios incluidos se necesitan en la fase de preparación. No obstante el MSPAS tiene recursos disponibles (hasta mayo 2009), por lo que se acordó irlos trabajando durante la etapa de preparación. El tema de recursos humanos es una condicionalidad del PBL GU-L1022, la cual requiere tener el diseño del piloto y demostrar que se ha iniciado su implementación. Se verificará redacción para que quede más claro.
	Equipo del Proyecto	Why is your project team so large?? (8 people?)	El equipo principal del proyecto está formado solamente tres personas, Nora Alvarado, Ariadna García Prado, e Isabel Nieves. El resto de componentes del equipo nos darán apoyo puntual en diversas áreas del proyecto. Así, Natalia Winder nos apoyará en el diseño de la parte de interculturalidad, Julián Cristia nos apoyará en el diseño de la evaluación de impacto, y Rita Sorio nos está ayudando a concretar los detalles del componente 3 de recursos humanos. El consultor Danilo Fernández nos va a dar apoyo en la preparación del préstamos, especialmente en el componente 1 y en el componente de monitoreo y sistemas de información.
Olga Gómez	Párrafo 2.1.	Se recomienda revisar redacción. Parece faltar el nexo de causalidad.	Se revisará la redacción. No obstante, este párrafo explica las principales causas por las cuales se tienen altos índices de mortalidad materno infantil, aspecto que es indicado en el párrafo previo como una de las características del sistema de salud en Guatemala.
	Párrafo 2.2.	“El sistema de salud,[...] , es heterogéneo y segmentado” . Se sugiere explicitar mínimamente en que consiste la heterogeneidad y a que se refiere con segmentación.	Ver Anexo V, en donde se describe con mayor detalle el sistema de salud de Guatemala.

	Párrafo 2.2	Multiculturalidad, Se sugiere incluir en alguno de los componentes, o en componente a parte, como se va a solventar el problema descrito.	Este tema se abordará en el Componente I, específicamente en lo relacionado con el mejoramiento del acceso a los servicios de salud. Para ello, se está realizando un estudio sobre barreras de acceso a los servicios de salud, que servirá de base para definir un modelo de entrega de servicios de salud, que tome en cuenta la multiculturalidad de la población guatemalteca.
	Párrafo 2.2	(ii) La escasez de recursos humanos y su ineficiente e inequitativa distribución. [...] notoria escasez de personal de salud. Si bien en las conversaciones mantenidas con las jefas de proyecto ha quedado de manifiesto la intención por parte del equipo de proyecto de incluir acciones y programas de formación y capacitación, dada la magnitud del problema de escasez de personal sanitario, parecería conveniente reforzar el tercer componente explicitando que dentro de este componente se tendrá también por objeto aumentar la ratio personal sanitario/habitante de Guatemala vía proyectos educativos o formativos.	Se incorporó comentario en el párrafo. No obstante en el POD se desarrollará más el alcance del componente,
	Párrafo 2.5.	Se propone modificar redacción. El proyecto esta alineado con la Estrategia del Banco con el País 2008-2011, la cual a través de su primer objetivo contribuye al apoyo técnico y/o financiero para la reducción de la desnutrición crónica, la mortalidad materno-infantil y las enfermedades prevalentes en la niñez y la pobreza.	Se incorporara la sugerencia en el párrafo.
		En concordancia con la Estrategia del País se señaló que el PP debe tener un enfoque más claro en la situación de la nutrición y en cómo la operación abordará la problemática.	Se hicieron los cambios en todo el documento, especialmente en párrafos 2.1 y 2.2.