

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

GUATEMALA

**MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN
FASE I**

(GU-L1022)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Nohora Alvarado (SPH/CGU); Ariadna García Prado (SCL/SPH) Jefas de Equipo; Isabel Nieves (SCL/SPH); Miguel Coronado (LEG/SGO); Julián Cristia (RES/RES); Rita Sorio (SPH/CBR); Hugo Us (GDI/CGU); Juan Carlos Martell (CID/CGU); José Villatoro (CID/CGU); Carolina Chacón (CID/CGU); y Martha Guerra (SCL/SPH).

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A.	Antecedentes, desafíos y justificación.....	2
B.	Objetivos y componentes	6
C.	Indicadores clave del marco de resultados	12
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS	12
A.	Costo del Programa	12
B.	Instrumentos de Financiamiento.....	12
C.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias.....	13
D.	Riesgos fiduciarios	13
E.	Otros riesgos.....	13
III.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN	14
A.	Resumen del esquema de ejecución	14
B.	Resumen de medidas para monitoreo de resultados.....	15
C.	Actividades de diseño posteriores a la aprobación.....	15

Anexos	
Anexo I:	Resumen Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)
Anexo II:	Marco de Resultados
Anexo III:	Plan de Adquisiciones

Enlaces Electrónicos
REQUERIDOS
1. Formulario de Evaluación y Salvaguardias Ambientales y Sociales para la Clasificación de Proyectos (SSF) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35171377
2. POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 12 meses de implementación) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35134080
3. Arreglos para Monitoreo y Evaluación http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35133044
4. Plan de Adquisiciones Completo http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35130889
5. Informe de Gestión Ambiental y Social http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35147265
OPCIONALES
1. Diseño de las evaluaciones del proyecto http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35134229
2. Evaluación ex ante costo beneficio http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35130893
3. Análisis institucional, de procedimientos y otros aspectos sobre la capacidad institucional http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35130886
4. Borrador del Plan de Ejecución del Programa (PEP) http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35134215
5. Municipios de intervención y coordinación con otros donantes http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35134238
6. Cuadro de Costos detallado http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35133332
7. Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=35149073

Abreviaturas

AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria
BM	Banco Mundial
DAS	Direcciones de Áreas Departamentales
DMS	Distritos Municipales
EFA	Estados Financieros Anuales
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
GMI	Grupos Móviles Institucionales
GOGU	Gobierno de Guatemala
LPI	Licitación Pública Internacional
MIFAPRO	Mi Familia Progresá
MO	Manual Operativo
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organismos No Gubernamentales
PBSN	Paquete de Servicios de Salud y Nutrición
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PEP	Plan de Ejecución del Programa
PIB	Producto Interno Bruto
POA	Plan Operativo Anual
PPFM	Préstamo para Programas de Fases Múltiples
SECI	Sistema para Evaluar la Capacidad Institucional
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud

RESUMEN DEL PROYECTO GUATEMALA

Mejoramiento del Acceso y Calidad de los Servicios de Salud y Nutrición – Fase I (GU-L1022)

Términos y Condiciones Financieras						
Prestatario: República de Guatemala Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)				Plazo de amortización:	CO 30 años	FOE 40 años
				Período de gracia:	66 meses	40 años
				Desembolsos:	4 años	4 años
Fuente	Fase I	Fase II	Fase III	Tasa de interés:	FU – fija (FN-507-6)	0,25
BID (CO)	28mill.	25mill.	25 mill.	Comisión de inspección y vigilancia:	*	N/A
BID (FOE)	7 mill.	0	0			
Contrapartida	0	por determinar	por determinar	Comisión de Crédito:	*	N/A
Total	35 mill.	25 mill.	25 mill.	Moneda:	Dólares estadounidenses	
Sinopsis del Proyecto						
<p>El objetivo del programa multifase es mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición del primer y segundo nivel de atención, en al menos 77 de los 147 municipios actualmente priorizados por el programa de transferencias condicionadas¹, con el fin de contribuir a mejorar la salud materno-infantil y reducir la desnutrición crónica de niños menores de dos años. La primera fase se enfoca en: (i) ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos de salud del primer nivel de atención; (ii) mejorar la infraestructura del primer nivel de atención; (iii) ampliar la cobertura y fortalecer el modelo de prestación del programa de nutrición preventiva, AINM-C; (iv) mejorar la cobertura y entrega de micronutrientes para que cumpla con la norma vigente; (v) ampliar la oferta de recursos humanos capacitados y calificados en nutrición preventiva y salud materno-infantil de los equipos comunitarios, móviles y puestos de salud; y (vi) mejorar la calidad y confiabilidad de la información generada por el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y el sistema de supervisión del primer y segundo nivel de atención.</p>						
<p>Condiciones contractuales especiales: (a) <u>Previas al primer desembolso:</u> (i) aprobación y entrada en vigencia del Manual Operativo (MO) (pár. 3.1); (ii) selección del equipo de coordinación del programa (pár. 3.2); (iii) aprobación del estudio de censo de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, que será una condición previa especial a los desembolsos correspondientes al Subcomponente 1.2.; (pár. 3.9) (b) <u>Durante la ejecución:</u> (i) el Plan de Operaciones Anual y el Plan de Adquisiciones se deberán actualizar anualmente (pár. 3.3); (ii) el reembolso de los gastos elegibles con cargo al préstamo (pár.3.4); (iii) el levantamiento de la línea de base para la evaluación del programa se hará dentro del primer año de ejecución (pár. 3.8); (iv) el prestatario presentará al Banco los Estados Financieros Anuales (pár. 3.6); (v) se realizarán evaluaciones (de proceso, término medio y de impacto) del programa (pár. 3.8); y (vi) se realizará desembolso parcial con cargo al financiamiento (ver pár. 2.2).</p>						
<p>Excepciones a las políticas del Banco: Por las razones descritas en el párrafo 3.3 se solicita una excepción a la política de adquisiciones en materia de elegibilidad (GN-2349-7) para permitir la participación de proveedores elegibles del Banco Mundial (BM).</p>						
El proyecto es coherente con la estrategia de país:				Si		
El proyecto califica como: SEQ[X] PTI[X] Sector[X] Geográfica [X] % de Beneficiarios []						

* La comisión de crédito y comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de cargos financieros del Banco, de conformidad con las disposiciones aplicables de la política del Banco sobre metodología para el cálculo de cargos para préstamos del capital ordinario. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia exceder, en un semestre determinado, lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

¹ En la actualidad este programa se llama MIFAPRO.

I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

A. Antecedentes, desafíos y justificación

- 1.1 En las últimas décadas, Guatemala ha conseguido mejoras sustanciales en la salud de su población. La esperanza de vida ha aumentado en casi 10 años y la mortalidad materna e infantil se han reducido considerablemente. Estas mejoras se han producido debido al crecimiento económico acompañado por el aumento, aunque leve, del gasto en el sector social y, sobre todo por las reformas que se han llevado a cabo en el sector salud y que se han orientado a mejorar la salud materno-infantil de las poblaciones más pobres².
- 1.2 A partir de los Acuerdos de Paz de 1996, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con apoyo del Banco (GU0023)³, inició una reforma dirigida a reasignar gastos en salud hacia la atención primaria y a extender la cobertura del primer nivel de atención⁴ para la población sin acceso a los servicios de salud públicos. Para ello, se creó el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), que consiste en la contratación de Organismos No Gubernamentales (ONG) que prestan servicios básicos de salud materno-infantil con equipos móviles itinerantes en los municipios más pobres del país. El PEC se ha ido expandiendo, a pesar de los cambios de gobierno, alcanzando una cobertura de 4,6 millones de personas en 2009. La evaluación del PEC⁵ muestra su impacto positivo en la inmunización de niños y los controles prenatales realizados por profesionales de la salud. En la última década el MSPAS ha implementado dos nuevos programas para complementar al PEC: (i) la estrategia comunitaria de atención en nutrición preventiva a niños y mujeres, Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria ([AINM-C](#)), que el MSPAS ha adoptado como su principal estrategia para la reducción de la desnutrición crónica, expandiéndolo gradualmente a través del PEC⁶; y (ii) un programa de fortalecimiento del segundo nivel de atención, que se inició en el 2006 con apoyo del Banco Mundial (BM), dirigido a mejorar el acceso al parto institucional⁷. Finalmente, desde el año 2008 se viene implementando un programa de transferencias condicionadas

² World Bank, 2006: *Key issues in Central American health reforms: diagnosis and strategic implications*. Washington DC.

³ Programa Sectorial de Salud

⁴ La organización de la provisión de servicios contempla tres niveles de atención: (i) primer nivel con puestos de salud y el programa de extensión de cobertura, PEC; (ii) el segundo nivel de atención con centros de salud tipo A (con camas), y tipo B (sin camas); y (iii) el tercer nivel con hospitales distritales, departamentales, regionales, de referencia nacional y especializados.

⁵ Cristia, Evans y Kim, 2009. *Does contracting out primary care services improve child health? The case of rural Guatemala*. Mimeo, Banco Interamericano de Desarrollo.

⁶ AINM-C se inició con un piloto en el 2002 apoyado por USAID, en el 2005 recibió apoyo del Banco y desde el 2007 viene recibiendo financiamiento del Banco Mundial (BM). A la fecha, el AINM-C está funcionando en 70 municipios priorizados por el GOGU, en las jurisdicciones en las que hay extensión de cobertura vía ONG, pero no ha sido evaluado. La presente operación va a continuar dando apoyo a la expansión del AINM-C y evaluará su impacto.

⁷ Por parto institucional se entiende aquel prestado por personal de salud calificado, preferiblemente en el centro de salud.

que forma parte del programa social del Gobierno de Guatemala (GOGU) y cuenta con asesoramiento técnico del Banco. Este programa tiene como objetivo mejorar la situación de las familias pobres y vulnerables e incluye corresponsabilidades en salud, educación y nutrición en 147 municipios con los mayores niveles de pobreza. Además, el Banco ha concedido al país un préstamo sectorial (GU-L1017)⁸ que apoya el fortalecimiento de la oferta de salud y nutrición en los municipios priorizados por el programa de transferencias condicionadas. Si bien estas intervenciones han contribuido a mejorar el acceso a los servicios y la salud materno-infantil en Guatemala, todavía existen necesidades que cubrir, sobre todo entre la población rural e indígena que sigue siendo la más desfavorecida.

- 1.3 El 43,4% de los guatemaltecos menores de cinco años padecen de desnutrición crónica⁹. Un 58,6% de niños indígenas sufren de desnutrición crónica frente al 30,6% de los niños no indígenas, mientras que el 51,8% de los niños rurales afrontan este problema frente al 28,8% de los niños urbanos¹⁰. Las causas directas de la desnutrición infantil son las malas prácticas alimentarias y las infecciones recurrentes. Únicamente la tercera parte de los niños menores de seis meses recibe lactancia materna exclusiva, mientras que los niños de 6 a 24 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 (<2500 g)¹¹. 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 en niños y mujeres, especialmente hierro y vitamina A, constituyen serios problemas de salud pública. El 20,2% de mujeres en edad fértil tienen anemia¹² y el 21,1% y 38,8% de los niños entre 12 y 59 meses tienen deficiencia de vitamina A y de hierro, respectivamente¹³.
- 1.4 La mortalidad materna (153/100.000 nacidos vivos) en 2006 es tres veces mayor en la población indígena (211/100.000 nacidos vivos) que en la ladina¹⁴ (70/100.000)¹⁵. La mayoría de las muertes maternas ocurren por complicaciones durante el parto y dentro de las primeras 24 horas después del mismo. El porcentaje de parto institucional en el área rural es del 36,4%, muchas mujeres

⁸ Programa de Inversión en Capital Humano

⁹ Este indicador era del orden del 30% y 20% en El Salvador y Nicaragua en 2004.

¹⁰ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, Guatemala 2009.

¹¹ 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.

¹² Monteith, R. Stupp, P. and Mc Cracken, S. 2005. *Reproductive, maternal and child health in Central America. Trends and Challenges facing women and children*. Division of Reproductive Health. Centers for Disease, Control and Prevention. USAID.

¹³ *Micronutrient initiative, 2005. Micronutrient Initiative (2005). Vitamin and Mineral Deficiency: National Damage Assessments Reports. National Protection Audits*. Ottawa. www.micronutrient.org

¹⁴ En Guatemala la población mestiza se conoce como ladina.

¹⁵ SEGEPLAN 2006: "Hacia el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala".

rurales reciben únicamente un control prenatal (54,3%) y solo unas pocas reciben dos y tres controles prenatales (21,9% y 5% respectivamente). Además, un porcentaje muy bajo (20,8%) tuvo un control postparto en el año 2008. Otros factores que influyen en la mortalidad materna, especialmente en poblaciones indígenas, son la deficiencia de hierro y la desnutrición de la madre.

- 1.5 La mortalidad infantil sigue siendo alta en comparación a otros países de la región¹⁶. Las causas más frecuentes son infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas, aunque la causa subyacente en al menos la mitad de los casos es la desnutrición¹⁷.
- 1.6 A continuación se presenta brevemente la estructura del sector salud y los principales desafíos del mismo:
- 1.7 El sistema de salud guatemalteco se estructura en tres subsistemas: público, privado y de seguridad social. Paralelamente funciona la medicina tradicional, desarticulada de los otros subsistemas¹⁸. El subsistema público está conformado por el MSPAS, estructurado en nivel central, Direcciones de Áreas Departamentales (DAS) y Distritos Municipales (DMS). Es un subsistema fragmentado, lo que se refleja en la limitada coordinación entre niveles de atención y establecimientos, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contra-referencia. Esta fragmentación se agrava por la debilidad del MSPAS como rector del sistema. Otros problemas del subsistema de salud público son:
- 1.8 **Inadecuado e inequitativo acceso a los servicios de salud y nutrición.** Los servicios de salud del subsistema público no son igualmente accesibles para toda la población. El 95% de la población de más bajo ingreso y el 91% de la población indígena tiene que viajar por más de una hora para poder acceder a estos servicios¹⁹. A pesar de que el gobierno ha expandido geográficamente los servicios de salud y nutrición, se estima que todavía un 14% de la población no accede a los mismos²⁰. Además, el sistema sigue enfocado en lo curativo y en la atención especializada y hospitalaria en zonas urbanas y es necesario canalizar más recursos para atención primaria. La oferta de servicios de primer y segundo nivel tiene serias deficiencias para atender, de modo adecuado, las necesidades de la población: la infraestructura está muy deteriorada y en algunas áreas faltan puestos y centros de salud y además, existen problemas que afectan la calidad de la prestación (falta de insumos, equipamiento y personal calificado).

¹⁶ Ver [Tabla comparativa entre países](#).

¹⁷ La reciente crisis alimentaria desencadenada por la sequía del Niño junto con la crisis financiera internacional ha agudizado estos problemas (con niños que han pasado de tener desnutrición crónica a desnutrición aguda) y los indicadores probablemente hayan empeorado.

¹⁸ Existe un marco legal para promover un sistema de salud multicultural, pero en la práctica no hay coordinación ni integración entre el modelo de salud formal y el tradicional.

¹⁹ Gragnolati & Marini, 2003. *Health and Poverty in Guatemala. Policy Research Working paper 2966, LAC Region. Banco Mundial, Washington DC.*

²⁰ World Bank, *Expanding Opportunities for Vulnerable Groups Project, 2009; Project Appraisal Proposed Loan.*

- 1.9 Además de las barreras geográficas y de los problemas de oferta, existen barreras culturales y económicas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de 2006, un 11% de la población prefiere no utilizar el sistema de salud formal por cuestiones culturales²¹, 9% reporta no tener tiempo y un 62% dice no tener dinero para acceder al sistema²². El subsistema público de salud presenta fuertes carencias en temas de inclusión y pertinencia cultural y, aunque se han seguido algunas iniciativas para adaptar la oferta formal de salud a las necesidades de la población indígena²³, éstas han sido intervenciones aisladas.
- 1.10 **Limitada inclusión de medidas efectivas de nutrición en los servicios preventivos de salud.** A pesar de que el MSPAS ha implementado el AINM-C a través del PEC, todavía hay municipios y comunidades pobres sin AINM-C. Además, es necesario mejorar su articulación con los servicios de salud. 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, y su vinculación con los servicios de salud, y mejorar la distribución y cobertura de la suplementación con micronutrientes²⁴.
- 1.11 **Escasez de recursos humanos y su ineficiente e inequitativa distribución.** Entre los factores que limitan y afectan la mejora del acceso y la calidad de los servicios del primer nivel de atención, se encuentra la escasez en la oferta de profesionales y técnicos de salud con calificación adecuada para responder a las necesidades de salud y nutrición de las poblaciones rurales y pobres. Es notoria la escasez de médicos, enfermeras técnicas universitarias y nutricionistas. Guatemala cuenta con unos 10 médicos y 2 enfermeras profesionales por cada 10.000 habitantes²⁵. El personal se concentra en las zonas urbanas, mayormente en los hospitales. En 2007, 47% de los médicos y 33% del personal técnico contratado por el MSPAS estaba ubicado en la región metropolitana cubriendo el 22% de la población guatemalteca y, de estos médicos, 79% trabajaban en hospitales²⁶. Por otro lado, la formación ofrecida por universidades y escuelas no ofrece un enfoque basado en la promoción de la salud y prevención, necesario en el primer nivel de atención. Ampliar la oferta de personal calificado en zonas rurales demanda un esfuerzo adicional por parte del MSPAS para mejorar la gestión del recurso humano incluyendo, entre otras medidas, los incentivos adecuados para el personal.
- 1.12 **Debilidades en el sistema de monitoreo y supervisión del MSPAS.** La Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del nivel central del MSPAS supervisa la

²¹ Falta de confianza en el sistema, los profesionales sanitarios no hablan su lengua, etc.

²² Se refieren a la falta de dinero para comprar medicinas y para viajar hasta el centro o puesto de salud.

²³ Ver por ejemplo el programa implementado por Medicus Mundi y Unión Europea, 2008. "Del dicho al hecho: Avances de un primer nivel de atención en salud incluyente". Guatemala.

²⁴ Marini, A & M Gragnolati, *Malnutrition and Poverty in Guatemala*. World Bank, Policy Research Working Paper 2967, 2003.

²⁵ Esta razón de médicos por 10.000 habitantes varía entre el 30,8 en zonas urbanas frente a tan solo 2 por 10.000 habitantes en las zonas rurales. Ver OPS 2007. Salud de las Américas Volumen II, p. 408.

²⁶ MSPAS, "Caracterización del personal y acciones de desarrollo de la Dirección General de Recursos Humanos 2004-2007". OPS Observatorio de Recursos Humanos en Salud 1.

producción de servicios a nivel de áreas de salud y de centros de salud, pero no llega al primer nivel. Las DAS son las responsables de ejercer dicha supervisión y para ello cuentan con un sistema de información y monitoreo del primer nivel de atención, y en concreto del PEC, que produce información de los servicios prestados a nivel individual. Sin embargo, las DAS cuentan con recursos limitados. Por otro lado, la calidad de la información que genera el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA) es baja, lo que reduce la posibilidad del MSPAS de monitorear resultados y realizar el seguimiento de programas desde el nivel central. Esta baja calidad obedece principalmente a problemas en la captura primaria de los datos y a errores en la consolidación de la información, generalmente en forma manual, a nivel de áreas de salud.

- 1.13 **Respuestas del GOGU y del Banco en el sector.** Tal y como se refleja en el punto 1.2., el GOGU ha invertido en mejorar la salud materno-infantil de la población más desfavorecida y el Banco le ha apoyado y continúa apoyándole en este esfuerzo. La presente operación se dirige a extender la cobertura de servicios de salud y nutrición básicos a las poblaciones que todavía no tienen acceso, en los municipios priorizados por pobreza, y, además, responde al aumento en la demanda de servicios generada por el programa de transferencias condicionadas. Esta operación se coordinará con el programa del BM “Expandiendo Oportunidades para Grupos Vulnerables”. A petición del MSPAS, cada banco financiará el mismo programa en diferentes municipios priorizados²⁷, con la excepción del Componente 3, (ver pár. 1.26), que el programa del BM no contempla.
- 1.14 **Estrategia del País y del Banco.** El pilar social del Plan de Gobierno 2008-2011 prioriza la inversión en educación, salud y nutrición en hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad extrema. La política social tiene como eje el programa de transferencias condicionadas. La Estrategia del Banco con el País 2008-2011²⁸, establece en su primer objetivo la importancia de contribuir con apoyo técnico y/o financiero a la reducción de la desnutrición crónica, la mortalidad materno-infantil y las enfermedades prevalentes de la niñez pobre. Este proyecto está alineado con el Plan de Gobierno y la Estrategia del Banco.

B. Objetivos y componentes

- 1.15 El objetivo del programa es mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición del primer y segundo nivel de atención, en al menos 77 de los 147 municipios actualmente priorizados por el programa de transferencias condicionadas, con el fin de contribuir a mejorar la salud materno-infantil y reducir la desnutrición crónica en niños menores de dos años. Los objetivos específicos son: (i) mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud y nutrición de primer y segundo nivel, mediante la ampliación y fortalecimiento de la oferta de servicios de salud, para responder a la demanda

²⁷ Ver [Detalle de los departamentos y municipios a intervenir por cada Banco.](#)

²⁸ Ver documento GN-2501.

generada por el programa de transferencias condicionadas; (ii) mejorar la calidad de los servicios de nutrición preventiva del MSPAS en el primer nivel de atención y en el nivel comunitario; (iii) mejorar la calidad de la oferta de recursos humanos del primer nivel de atención, adecuándola a las demandas del sector y fortalecer la gestión de recursos humanos del MSPAS, especialmente la planificación, dotación y permanencia del personal de salud en las zonas rurales y aisladas; y (iv) mejorar los sistemas de información del MSPAS y fortalecer su capacidad para monitorear y supervisar sus políticas y programas.

- 1.16 El programa está estructurado como un préstamo de inversión multifase de tres fases. La primera fase se ejecutará en cuatro años, mientras que la segunda y tercera se ejecutarán en tres años cada una. El contenido de cada fase, así como la transición entre las mismas, seguirá criterios geográficos (se intervendrá primero en los municipios más pobres), y de complejidad (se incrementará gradualmente la complejidad de las intervenciones para crear capacidad en etapas)²⁹. El instrumento multifase servirá para probar, evaluar y llevar a escala innovaciones que el programa incluye, y hacer los ajustes correspondientes antes de expandirlo.
- 1.17 La primera fase tiene el siguiente alcance: (i) ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios básicos de salud del primer nivel de atención; (ii) mejorar la infraestructura del primer nivel de atención mediante la rehabilitación, construcción y/o equipamiento de puestos de salud; (iii) ampliar la cobertura y fortalecer el modelo de prestación del programa de nutrición preventiva, AINM-C, y su articulación entre el nivel comunitario e institucional del primer nivel de atención; (iv) mejorar la cobertura y la entrega de micronutrientes para que cumpla con la norma vigente; (v) ampliar la oferta de recursos humanos capacitados y calificados en nutrición preventiva y salud materno-infantil de los equipos comunitarios, equipos móviles y puestos de salud; y (vi) mejorar la calidad y confiabilidad de la información generada por el MSPAS y el sistema de seguimiento y supervisión en el primer y segundo nivel de atención. En esta primera fase se estarán cubriendo al menos 47 municipios, de 77, ubicados en seis de los departamentos con mayores niveles de pobreza³⁰. La segunda y tercera fase continuarán con la implementación de este programa en los restantes municipios y se centrarán en el primer y segundo nivel de atención.
- 1.18 Los hitos activadores para pasar a la segunda fase se detallan en el Cuadro I-1

²⁹ Por ejemplo, se comenzará con el primer nivel de atención para pasar al segundo nivel de atención una vez se hayan consolidado las intervenciones del primer nivel.

³⁰ Ver [Detalle de los departamentos y sus municipios en los que el Banco estaría interviniendo \(prioritariamente\), en el orden de entrada, en la primera fase del programa.](#)

Cuadro I-1

Hitos ³¹	Medios de verificación
1. Una vez realizada la evaluación de impacto del programa y las evaluaciones de proceso del AINM-C y los Grupos Móviles Institucionales (GMI), el MSPAS presenta una propuesta en la que se incorpora en el diseño de la segunda fase las principales recomendaciones de estas evaluaciones.	Estudios de evaluación y propuesta del MSPAS aprobada por el Ministro de Salud.
2. Al menos 50% de los municipios priorizados que se intervinieron en la primera fase del programa disponen de equipos completos de GMI (con personal técnico y comunitario capacitado, e insumos) que realizan, al menos, una visita mensual a la comunidad.	Informe final de evaluación de proceso de los GMI.
3. El AINM-C se está implementando en al menos 50% de las jurisdicciones atendidas por el primer nivel de atención (GMI y ONG) de 31 ³² de los 47 municipios de intervención de la primera fase.	Evaluación de proceso del AINM-C
4. Al menos 50% de la población elegible (embarazadas y niños menores de 24 meses cubiertos por ONG y GMI) en 31 de los 47 municipios a intervenir en la primera fase, reciben la dosis de polvos de micronutrientes y de hierro y ácido fólico según la norma del MSPAS.	Reporte del Sistema de Información y Monitoreo del MSPAS
5. El MSPAS firma convenios anuales con entidades educacionales (escuelas formadoras y universidades) para atender a la demanda de formación descentralizada del personal técnico y profesional de los equipos de primer nivel de atención en los 77 municipios priorizados y define los criterios a seguir para la renovación de estos convenios.	Entrega de los convenios firmados y de los criterios para la renovación de los mismos.
6. El sistema de monitoreo y supervisión del primer nivel funciona en, al menos, 50% de las áreas de salud que cubren los municipios priorizados.	Informe de la unidad de monitoreo y evaluación del MSPAS, validado por el Ministro de Salud.
7. El MSPAS presenta una propuesta de financiación creciente de los gastos recurrentes de los GMI y el AINM-C, para su implementación durante la segunda fase de este programa con recursos fiscales.	Se presenta una propuesta validada por el Ministro de Salud.

1.19 La primera fase del programa comprende cuatro componentes que se describen a continuación.

1.20 **Componente 1. Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención.** El objetivo del Componente es ampliar y fortalecer la oferta y la calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención, para mejorar el acceso de las poblaciones beneficiarias del Programa de transferencias condicionadas que aún no tienen cobertura. Se prevé financiar los siguientes subcomponentes:

1.21 **Subcomponente 1.1. Mejoramiento del modelo de prestación de los servicios de salud (US\$9,9 millones).** Se financiará el costo del paquete de servicios de salud y nutrición (PBSN) por beneficiario, del personal de los GMI³³, incluida la compra o alquiler de vehículos y los gastos de transporte. Los GMI serán contratados por las DAS, y administrados por los DMS. Esta intervención complementará los servicios que actualmente brindan los prestadores de salud de

³¹ Las acciones encaminadas al cumplimiento de los hitos se financiarán por el programa.

³² Dieciséis municipios forman parte de los municipios priorizados por MIFAPRO en 2009 y ya reciben el AINM-C fortalecido y los micronutrientes.

³³ Los GMI son grupos itinerantes que viajarán a las comunidades, al menos una vez al mes, para prestar el PBSN a poblaciones rurales y aisladas.

primer nivel (puestos de salud y ONG) llegando a zonas todavía no cubiertas por ellos. Esta modalidad se evaluará a medio término y al final de la primera fase y en función de los resultados se harán modificaciones a la misma.

- 1.22 **Subcomponente 1.2. Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento del primer nivel de atención (US\$3,6 millones).** Se financiará la rehabilitación y equipamiento de puestos de salud en lugares poblados de los municipios cubiertos en esta fase. También se financiará la construcción de nuevos puestos de salud así como la reconversión de estructuras existentes. Además, se financiará el equipamiento necesario para el funcionamiento de los GMI y puestos de salud.
- 1.23 **Componente 2. Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva.** Los objetivos del componente son: (i) ampliar la cobertura y fortalecer el modelo de prestación del programa de nutrición preventiva, AINM-C, y su articulación con el primer nivel de atención; y (ii) mejorar la cobertura y la entrega de micronutrientes para que cumpla con la norma vigente a fin de prevenir la desnutrición crónica en niños menores de dos años. La entrega de estos servicios de nutrición en la comunidad y los servicios de salud del Componente 1 son complementarios y se entregarán de forma coordinada, como parte del mismo paquete de servicios básicos. Para lograr estos objetivos se financiarán los siguientes subcomponentes:
- 1.24 **Subcomponente 2.1. Fortalecimiento de la estrategia de nutrición preventiva comunitaria (AINM-C) (US\$6,5 millones).** Para mejorar la efectividad del modelo AINM-C en la prevención de la desnutrición crónica en la niñez se fortalecerá: (i) la calidad de la prestación de los servicios³⁴; (ii) la focalización de la atención en los niños menores de 24 meses; (iii) el equipo comunitario^{35 36}; (iv) la supervisión del AINM-C; y (v) los vínculos operativos entre el nivel comunitario y el nivel institucional de los servicios nutricionales del primer nivel de atención³⁷. Se financiará el personal a cargo de la entrega del AINM-C, la capacitación y los materiales necesarios para la entrega del mismo.
- 1.25 **Subcomponente 2.2. Mejoramiento y ampliación de la cobertura de la entrega de micronutrientes (US\$2,1 millones).** Se financiarán, micronutrientes (vitaminas y minerales en polvo premezclados para niños, hierro y ácido fólico para mujeres), y consultorías para mejorar la logística de distribución y control de la distribución y

³⁴ Marini, A., L. Bassett, M. Bortman, R. Flores, M. Griffiths y M. Salazar. Promoción del crecimiento para prevenir la desnutrición crónica: Estrategias con base comunitaria en Centro América. Banco Mundial. Región Caribe y América Latina. Junio 2009.

³⁵ Se contará con tres educadoras por 10.000 habitantes en el PEC y dos educadoras por 5.000 habitantes en los GMI, para facilitar la consejería individual cara-a-cara inmediatamente después de la sesión de pesaje y las visitas domiciliarias a infantes que no asisten a las sesiones, están enfermos, no están lactando o no están ganando peso, así como mujeres embarazadas en el último trimestre o con algún riesgo identificado.

³⁶ Las educadoras viajarán con los GMI pero contarán con los medios para movilización y comunicación cuando sea necesario que realicen visitas domiciliarias.

³⁷ Esto se logrará: (i) con instrumentos que faciliten la referencia de casos al sistema de salud; (ii) fomentando una mejor integración de las educadoras en el trabajo de los equipos de salud; (iii) dando seguimiento conjunto de casos referidos; y (iv) con la homologación de los mensajes educativos de educadoras y equipos de salud.

entrega, hasta el nivel local. Además, se financiará el diseño e implementación de un sistema que permita registrar confiablemente las cantidades de micronutrientes que cada individuo recibe, para poder constatar que las entregas corresponden con las dosis y la periodicidad establecidas en las normas vigentes del MSPAS³⁸.

- 1.26 **Componente 3. Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud.** El objetivo del componente es ampliar y adecuar la oferta de los recursos humanos del primer nivel de atención de acuerdo a las demandas del sector y fortalecer la gestión de recursos humanos del MSPAS, especialmente para la planificación, dotación, desarrollo y permanencia del personal de salud en zonas rurales y aisladas. Se prevé financiar los siguientes subcomponentes:
- 1.27 **Subcomponente 3.1. Capacitación y formación de recursos humanos (US\$5,5 millones).** Se financiará la capacitación del personal de los puestos de salud, de los grupos móviles de las ONG y los GMI, incluyendo al personal comunitario. La propuesta de capacitación se centrará en fortalecer los perfiles para el buen desempeño a nivel local, y las competencias técnicas y laborales adecuadas al primer nivel de atención. Adicionalmente, se financiarán estrategias descentralizadas de formación de personal profesional y técnico con perfil adecuado a la prestación de servicios de salud materno-infantil y nutrición preventiva.
- 1.28 **Subcomponente 3.2. Fortalecimiento del rol de rectoría del MSPAS para la gestión de recursos humanos (US\$0,2 millones).** Su objetivo es promover la mejoría y eficiencia en el manejo de los procesos y desarrollo de las funciones pertinentes al área de recursos humanos del MSPAS. Para ello se financiará principalmente: (i) la implantación de un sub-sistema de información para la planificación y gestión de recursos humanos; (ii) el desarrollo e implantación de instrumentos y metodologías de gestión y planificación estratégica de recursos humanos a nivel central; y (iii) cursos de especialización de gestión de recursos humanos para técnicos y directivos del MSPAS.
- 1.29 **Subcomponente 3.3. Desarrollo de alternativas para dotación y permanencia de personal en los servicios de salud (US\$0,6 millones).** El objetivo es apoyar al MSPAS en la definición y adopción de propuestas viables para la dotación y permanencia de personal técnico y profesional en zonas rurales y de difícil acceso. Para ello se financiarán pilotos basados en mecanismos de incentivos así como sus evaluaciones correspondientes con el fin de identificar e implementar la propuesta más viable y sostenible.
- 1.30 **Componente 4. Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS.** Los objetivos de este componente³⁹ son: (i) mejorar la información sobre prestación de servicios en el primer y segundo nivel de atención; (ii) fortalecer el sistema de supervisión y monitoreo del primer nivel de atención; y (iii) mejorar la capacidad de

³⁸ Véase [Normas sobre micronutrientes del MSPAS](#).

³⁹ Cabe mencionar que en la implementación del programa se va a utilizar el sistema de información y monitoreo del MSPAS, aunque este componente se dirige a fortalecerlo.

seguimiento de políticas y programas del MSPAS. Para lograr estos objetivos se financiarán los siguientes subcomponentes:

- 1.31 **Subcomponente 4.1. Mejoramiento de los sistemas de información (US\$0,7 millones).** Se fortalecerá el SIGSA en tres niveles: (i) distrital: se apoyará la iniciativa del MSPAS para implementar registros médicos electrónicos para la población atendida por puestos, centros de salud y GMI, con financiación para 60 municipios priorizados; (ii) áreas: se ampliará la capacidad de recibir datos del nivel distrital, procesarlos y generar información; y (iii) central: se fortalecerá la capacidad de este nivel para proveer soporte técnico vía acceso remoto y resguardar las bases de datos del sistema.
- 1.32 **Subcomponente 4.2. Fortalecimiento del sistema de monitoreo y supervisión del primer y segundo nivel de atención (US\$1,7 millones).** Se financiará la contratación de supervisores y gastos de movilidad a nivel de áreas de salud y se fortalecerá el nivel central para realizar esta actividad. Estas actividades⁴⁰ servirán para lograr la supervisión periódica y oportuna de los servicios provistos en el primer y segundo nivel de atención en los municipios priorizados⁴¹. Además, se financiarán auditorías técnicas externas que presentarán informes anuales.
- 1.33 **Subcomponente 4.3. Mejoramiento de la capacidad de seguimiento de políticas y programas del MSPAS (US\$1 millón).** Se realizará una evaluación de impacto del programa, en particular del AINM-C y de los GMI, la cual incluirá el levantamiento de la línea de base, línea final y estudios intermedios de monitoreo. La recolección de información necesaria para hacer esta evaluación se utilizará para dar seguimiento a los indicadores del marco de resultados.
- 1.34 **Pertinencia cultural en la prestación de servicios.** Este es un tema transversal de acciones que se implementarán en cada uno de los componentes. Componente 1: (i) censo de terapeutas indígenas y no indígenas; (ii) identificación de oportunidades para incorporar a los terapeutas indígenas en el primer nivel de atención, y modificación de las guías de atención del MSPAS para reflejar sus funciones; (iii) diseño e implementación de acciones para fortalecer la comunicación entre comadronas y los servicios de salud en la referencia y seguimiento de embarazadas; y (iv) prestación del servicio, preferiblemente en el idioma local. Componente 2: (i) diseño e inclusión de un módulo intercultural para educadoras; (ii) incorporación de la comadrona en las actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva; y (iii) estudios para la identificación de los principales determinantes del estado de salud y nutrición de la niñez indígena y no indígena. Componente 3: (i) diseño e inclusión de módulos interculturales; y (ii) promover actividades que faciliten la incorporación del personal que hable el idioma y conozca el ámbito cultural local. Componente 4: adecuación de los instrumentos del SIGSA para que permitan registros estandarizados del grupo étnico de los usuarios de servicios.

⁴⁰ Se financiarán equipos de cómputo y consultorías de apoyo.

⁴¹ La financiación e implementación de este subcomponente se ha coordinado con el BM.

C. Indicadores clave del marco de resultados

- 1.35 El programa espera tener impactos positivos sobre la desnutrición crónica y la salud materno-infantil. En concreto, los indicadores de desarrollo o impacto son:
(i) prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de dos años; y
(ii) anemia en niños menores de dos años y en mujeres embarazadas y lactantes.
- 1.36 El Componente 1 aumentará el acceso y la utilización de los servicios básicos de salud, y con ello el porcentaje de mujeres que reciben controles prenatales por personal calificado, y el porcentaje de niños que reciben inmunización completa. El Componente 2 mejorará los servicios de nutrición preventiva en la comunidad y la suplementación con micronutrientes en niños y madres. A través del Componente 3 se espera contar con personal de salud capacitado para prestar los servicios de salud y nutrición tanto en los GMI como en los puestos de salud. El Componente 4 fortalecerá el sistema de supervisión del primer y segundo nivel.

II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS

A. Costo del Programa

- 2.1 El monto total del programa multifase es de US\$85 millones. La primera fase será de US\$35 millones, y la segunda y tercera de US\$25 millones cada una. Los costos de los componentes de la primera fase se resumen en el cuadro I-2.

Cuadro I-2 Resumen Costos Primera Fase⁴²

	Total BID	%
Componente I. Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel	13.557.417	38,7
Componente II. Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva	8.653.547	24,7
Componente III. Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud	6.296.717	18,0
Componente IV. Fortalecimiento de los sistemas de información y la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS	3.517.673	10,1
Administración del programa	2.336.000	6,7
Auditoría	100.000	0,3
Imprevistos	538.646	1,5
TOTAL	35.000.000	

B. Instrumentos de Financiamiento

- 2.2 Es un Préstamo para Programas de Fases Múltiples (PPFM) estructurado en tres fases. Este instrumento favorece la continuidad (mediante el cumplimiento de hitos) de las intervenciones financiadas por este programa. El período de desembolsos correspondientes a la primera fase será de cuatro años (ver cuadro I-3). Además, se podrá realizar un desembolso parcial hasta un total de 250.000 Dólares contra el cumplimiento de las condiciones previas estipuladas en las normas generales y con la autorización del Banco. Este desembolso parcial se destinará a financiar las actividades de inicio del proyecto, y en especial la contratación del equipo de apoyo a la ejecución del proyecto y su equipamiento básico y el levantamiento de la línea de base.

⁴² Para mayor detalle ver [cuadro de costos detallado](#).

Cuadro I-3 Flujo de Desembolsos Primera Fase

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
BID	4.340.162	6.906.735	7.926.863	8.826.240	28.000.000
FOE	1.085.041	1.726.683	1.981.716	2.206.560	7.000.000
Total	5.425.203	8.633.418	9.908.579	11.032.800	35.000.000
% Anual	15,5%	24,6%	28,3%	31,5%	100%

C. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias

- 2.3 La operación ha sido clasificada como categoría "B". Se incluye principalmente obras menores de rehabilitación y construcción de algunos puestos de salud por lo que no se esperan mayores impactos ambientales. Se realizó una evaluación ambiental del programa, la cual presenta una serie de recomendaciones que se incorporan en el Manual de Operaciones (MO). El equipo de proyecto velará por que se cumpla con la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias (OP-703) y la Política de Desastres Naturales (OP-704).
- 2.4 El programa tendrá impactos sociales positivos ya que dará acceso a los servicios de salud y nutrición a comunidades sin cobertura y pobres. Además, se contemplan acciones concretas en el área de pertinencia cultural (ver pár.1.34). El equipo de proyecto velará por el cumplimiento de la Política Operativa de Pueblos Indígenas (OP-765) durante el diseño y ejecución del programa.

D. Riesgos fiduciarios

- 2.5 La evaluación institucional del MSPAS⁴³ y el equipo fiduciario del Banco indican que el riesgo fiduciario es moderado. El mecanismo de supervisión de las adquisiciones consistirá en una combinación de supervisión ex post y ex ante en los procesos por debajo de los montos límites para la Licitación Pública Internacional (LPI). La frecuencia de revisión para los procesos ex post será semestral durante el primer año o según el Banco considere con base en la experiencia adquirida. Las revisiones se realizarán mediante auditorías externas y por el equipo fiduciario de la Representación. Los procesos con montos por encima de los límites de la LPI serán supervisados ex ante en su totalidad. Una vez la operación haya sido suscrita por el gobierno se actualizará el SECI para ratificar el esquema de supervisión. Para reforzar la capacidad de ejecución del MSPAS, el SECI incluye un Plan de Fortalecimiento Institucional⁴⁴, y, además, se realizarán talleres periódicos sobre temas fiduciarios y de ejecución y se elaborará un MO.

E. Otros riesgos

- 2.6 La escasez de personal de salud en las zonas rurales podría producir un cuello de botella para la expansión de la oferta de los servicios, y/o afectar a la calidad en la prestación. El Componente 3 contempla medidas para paliar este problema.

⁴³ Se realizó mediante el Sistema para Evaluar la Capacidad Institucional (SECI)

⁴⁴ Ver [Evaluación Institucional del MSPAS](#)

- 2.7 Existe el riesgo de un posible cambio de gobierno al comienzo de la ejecución. Como mitigante se propone potenciar el diálogo del Banco con los candidatos presidenciales y con el nuevo gobierno para asegurar la apropiación del programa.
- 2.8 Sostenibilidad. En el contexto actual no se ve posible el financiamiento creciente de los gastos recurrentes correspondientes a la primera fase del programa. Sin embargo, se espera que el MSPAS comience a financiar los gastos recurrentes en la segunda fase, tal y como se especifica en el cuadro de hitos. Los gastos recurrentes del programa representan una carga del 0,05% del Producto Interno Bruto (PIB). Esta carga será compensada con creces por los efectos beneficiosos del programa. El análisis costo-beneficio ex ante de las principales intervenciones del programa⁴⁵ señala un beneficio de 1,40 Dólares por cada Dólar invertido⁴⁶.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen del esquema de ejecución

- 3.1 Prestatario y Organismo Ejecutor. El prestatario será la República de Guatemala y el organismo ejecutor será el MSPAS, quién contará con la colaboración de sus dependencias y con un equipo de apoyo financiado por el programa. Las funciones de la contraparte son: (i) la administración general y financiera del programa; (ii) la ejecución del programa, incluyendo la preparación e implementación del Plan Operativo Anual (POA); (iii) el monitoreo de avances del programa; (iv) la planificación y monitoreo de los procesos de adquisiciones de bienes servicios y obras; (v) la preparación y tramitación de los pagos; (vi) el mantenimiento de un sistema contable y financiero adecuado para las transacciones del programa; y (vii) la preparación y envío al Banco de los informes semestrales, además de otros aspectos que se definirán en el MO. **La aprobación y entrada en vigencia del MO será condición previa especial al primer desembolso.**
- 3.2 Para garantizar la adecuada coordinación del BM y del Banco, se creará un equipo de coordinación conformado por el MSPAS y los coordinadores de ambos programas. **La selección del equipo de coordinación del programa será condición previa al primer desembolso.**
- 3.3 Aspectos Fiduciarios. La adquisición de obras y bienes y la selección y contratación de servicios de consultoría se realizará de conformidad con las políticas del Banco. Únicamente en el caso de la adquisición de los micronutrientes previstos en el Subcomponente 2.2, la elegibilidad estará abierta a los proveedores elegibles del Banco y del BM, mediante la realización de un solo proceso de licitación financiado por ambas instituciones, con la finalidad de obtener economías de escala, y precios competitivos de los productos⁴⁷. La supervisión de las adquisiciones se realizará en

⁴⁵ GMI entregando el paquete básico de servicios de salud, que incluye el AINM-C y la entrega de micronutrientes.

⁴⁶ Ver el análisis completo en el [Análisis de costo de proyecto y viabilidad económica](#).

⁴⁷ De este modo el MSPAS puede realizar la compra de micronutrientes simultáneamente para todos los departamentos de intervención del BM y el Banco.

un esquema ex post y ex ante según lo establecido en el párrafo 2.5 y en el POA y el Plan de Adquisiciones, que serán actualizados anualmente.

- 3.4 Las adquisiciones anticipadas que pueden ser reconocidas como financiamiento retroactivo, de conformidad con lo establecido en la OP-504, comenzarán a contar desde la fecha de aprobación del Perfil de Proyecto (20 octubre 2009), e incluirán por un máximo de 200.000 Dólares: las contrataciones del equipo básico de apoyo a la ejecución del programa⁴⁸, el equipo de cómputo y los servicios de logística y útiles de oficina para su funcionamiento.
- 3.5 Los desembolsos se realizarán a través de anticipos de fondos según el plan financiero preparado por el ejecutor en coordinación con el Banco, el cual se manejará a través de la cuenta única del Tesoro. Los desembolsos seguirán lo establecido en el MO y la Guía de Desembolsos del Banco.
- 3.6 El prestatario presentará al Banco los Estados Financieros Anuales (EFA) consolidados del programa dentro de los 120 días posteriores al cierre del ejercicio fiscal. Las auditorías anuales y final serán realizadas por una firma de auditores independientes aceptables para el Banco y se financiarán con recursos del préstamo.

B. Resumen de medidas para monitoreo de resultados

- 3.7 Se generarán indicadores utilizando los registros administrativos del SIGSA conjuntamente con datos primarios de encuestas específicas. El MSPAS presentará al Banco el POA y los informes de avance semestrales, indicando los avances logrados en los componentes con base en los indicadores.
- 3.8 Se realizarán evaluaciones (de proceso, término medio y de impacto) del programa, en particular del AINM-C y de los GMI, con el fin de identificar problemas operativos y potenciales soluciones para mejorar la efectividad de estas intervenciones. El levantamiento de la línea de base para la evaluación del programa se hará dentro del primer año de ejecución.

C. Actividades de diseño posteriores a la aprobación

- 3.9 Durante la ejecución se finalizará el MO y se realizarán las siguientes actividades para fortalecer el diseño de la operación: (i) **aprobación del estudio de censo de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, que será una condición previa especial a los desembolsos del Subcomponente 1.2**; (ii) diagnóstico del sistema de logística y control de la distribución de micronutrientes y diseño de intervenciones para resolver debilidades del sistema; (iii) estudio y pilotos sobre recursos humanos e incentivos para reducir la rotación del personal de salud y nutrición que trabaja en zonas rurales; (iv) estudio sobre redes y mecanismos de referencia y contra-referencia; y (v) censo para actualizar la información sobre la disponibilidad y capacidades de los terapeutas indígenas y no indígenas.

⁴⁸ Coordinador general del programa, coordinadores para cada componente, coordinador administrativo financiero, y los técnicos en adquisiciones.

**Matriz de Efectividad en el Desarrollo
Resumen**

Criterio	Puntaje	Puntaje máximo
I. Relevancia Estratégica	Alto	
Sección 1. Objetivos estratégicos del BID en materia de desarrollo	5.6	10
Diversificación de países	2.0	2
Iniciativas corporativas	0.0	2.5
Armonización y alineación	1.6	3.5
Focalización de la población beneficiaria	2.0	2
Sección 2. Objetivos de desarrollo de la Estrategia de País	5.4	10
Diagnóstico del sector en la Estrategia de País	1.8	6
Objetivo e indicador del sector en la Estrategia de País	3.6	4
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente satisfactorio	
3. Evaluación basada en pruebas y solución	8.9	10
4. Plan de evaluación y seguimiento	10.0	10
5. Costo-beneficio o eficacia en función del costo	7.0	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	7.5	10
III. Función del BID - Adicionalidad		
Sección 7. Adicionalidad	7.0	10
Asistencia técnica proporcionada antes del proyecto	0.0	3
Mejoras en la gestión de controles internos en los ámbitos financiero, estadístico, de adquisiciones o de seguimiento	4.0	4
Mejoras en el desempeño ambiental, laboral y de salud	3.0	3

I. Relevancia Estratégica: Esta operación se llevará a cabo mediante un préstamo de inversión con modalidad multifase. Su objetivo está vinculado a mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición en 77 municipios priorizados por el gobierno, en complemento al programa de transferencias condicionadas que opera en esos mismos municipios. El fin es contribuir a mejorar la salud materno-infantil y reducir la desnutrición crónica en niños menores de dos años, que son dos problemas fundamentales de salud en Guatemala. El proyecto está focalizado en la población más pobre y vulnerable del país, y usará sistemas nacionales en adquisiciones y manejo ambiental.

II. Evaluabilidad: El proyecto cuenta con un diagnóstico muy riguroso de los principales problemas del sector salud en relación a los problemas identificados: mortalidad materno-infantil y desnutrición crónica en niños menores de 24 meses, edad fundamental para el desarrollo integral de los menores. El proyecto contempla actividades para responder a los problemas identificados, y en general tiene una lógica muy bien definida, y cuenta también con indicadores para dar seguimiento al cumplimiento de resultados. El proyecto cuenta con un plan de evaluación muy completo, que combina metodología experimental y cuasi-experimental para validar las hipótesis centrales del programa respecto al modelo de Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria, y la provisión de servicios por equipos médicos itinerantes. El plan de evaluación cuenta con indicadores adecuados, y un trabajo de planeación riguroso, que permitirá medir la contribución de las actividades financiadas por el programa en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo.

III. Adicionalidad: El proyecto contempla el uso y fortalecimiento de los sistemas de información y de monitoreo-evaluación en el sector salud. Además, está ligado a recursos de cooperación técnica que permitirán al país contar con un inventario de los recursos humanos del sector así como hacer estudios pilotos sobre el tema. En general, el énfasis sobre los recursos humanos necesarios para mejorar la calidad y acceso a servicios básicos de salud está encaminado a mejorar el desempeño laboral en el sector.

Marco de Resultados

Objetivo del Proyecto:	Mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de nutrición y salud del primer y segundo nivel de atención, en al menos 77 de los 147 municipios priorizados por el programa de transferencias condicionadas, MIFAPRO, con el fin de contribuir a mejorar la salud materno-infantil y reducir la desnutrición crónica de menores de 2 años.						
Indicadores de Resultados /Efectos Directos *	Línea Base 2011			Meta Final de la Primer Fase del Programa		Medios de verificación	Población objetivo
Desnutrición crónica en niños de 6 a 24 meses	44.5%			38.5%		Encuesta Evaluación de Impacto	Población cubierta por GMI y AIMN-C fortalecido en 77 municipios
Anemia en niños de 6 a 24 meses	65%			53.6%		Encuesta Evaluación de Impacto	Población cubierta por GMI y AIMN-C fortalecido en 77 municipios
Anemia en mujeres embarazadas y lactantes	22%			18.2%		ENSMI 2008 y siguiente ENSMI	Población en 77 municipios
COMPONENTE 1: Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención							
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Población objetivo
1) Población cubierta por GMI (en miles)	0	107	235	343	343	Censo Poblacional Grupos Móviles Institucionales	Nueva población cubierta por GMI en 47 Municipios
2) Número de puestos de salud rehabilitados	0	15	32	47	47	Reporte MSPAS	47 municipios
3) Número de puestos de salud construidos	0	4	8	12	12	Reporte MSPAS	47 municipios
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Población objetivo
1) Porcentaje de embarazadas con al menos dos controles por médico o enfermera profesional del GMI y uno en el último trimestre	0%	15%	22%	30%	30%	Sistema de Información MSPAS	Mujeres embarazadas en comunidades cubiertas por GMI en los 47 municipios
2) Porcentaje de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo por equipo GMI	0%	11%	16%	21%	21%	Sistema de Información MSPAS	Mujeres embarazadas en comunidades cubiertas por GMI en los 47 municipios
3) Porcentaje de recién nacidos con un control médico en los primeros 28 días de nacido por equipo GMI	0%	20%	30%	40%	40%	Sistema de Información MSPAS	Mujeres embarazadas en comunidades cubiertas por GMI en los 47 municipios
4) Porcentaje de niños menores de 12 meses con esquema de inmunización completa según la norma entregado por equipo GMI	0%	40%	60%	80%	80%	Sistema de Información MSPAS	niños menores de 12 meses en comunidades cubiertas por GMI en los 47 municipios

COMPONENTE 2: Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva							
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Población objetivo
1) Población adicional de niños de 0 a 24 meses en comunidades cubiertas por AIMN-C fortalecido bajo estrategia de extensión vía ONGs (en miles)	0	47	47	47	47	Censo Poblacional Programa de Extensión de Cobertura	Nueva población cubierta por AIMN-C en los Municipios en los que hay extensión de cobertura vía ONGs de los 77 municipios
2) Número de niños en comunidades cubiertas por AIMN-C fortalecido bajo estrategia GMI (en miles)	0	6	14	20	20	Censo Poblacional Grupos Móviles Institucionales	Nueva población cubierta por AIMN-C en 47 Municipios en los que hay GMIs
3) Porcentaje de niños entre 0 y 24 meses que fueron pesados en dos meses consecutivos en el último trimestre por AIMN-C	0%	25%	35%	45%	45%	Sistema de Información MSPAS	niños de 0 a 24 meses en comunidades cubiertas por AIMN-C fortalecido en los 47 municipios
4) Porcentaje de niños entre 0 y 24 meses que fueron pesados por AIMN-C la misma cantidad de veces como meses en edad menos uno	0%	10%	15%	20%	20%	Sistema de Información MSPAS	niños de 0 a 24 meses en comunidades cubiertas por AIMN-C fortalecido
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Población objetivo
1) Porcentaje niños de 12 a 24 meses suplementados con dos dosis de Vitamina A a partir de los 12 meses de edad por equipos móviles de ONGs o GMI	0%	35%	50%	70%	70%	Sistema de Información MSPAS	niños de 0 a 24 meses en comunidades cubiertas por AIMN-C fortalecido en los 47 municipios
2) Niños entre 6 y 59 meses que recién polvos micronutrientes espolvoreados de acuerdo a la norma por equipos móviles de ONGs o GMI	0%	40%	60%	80%	80%	Sistema de Información MSPAS	niños de 0 a 24 meses en comunidades cubiertas por AIMN-C fortalecido en los 47 municipios
Componente 3: Gestión del desarrollo del recurso humano en salud y nutrición							
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Población objetivo
1) Número del personal comunitario de los municipios priorizados que participo en la capacitación básica	0	2600	5400	8200	8200	Reporte MSPAS	Personal comunitario de los GMIs en los 47 municipios priorizados
2) Número del personal técnico de los GMIs que participo de la capacitación básica	0	95	200	295	295	Reporte MSPAS	Personal técnico de los GMIs en los 47 municipios priorizados

3) Número de personal de salud del 1o nivel (equipos móviles ONGs + puestos de salud) que participo de la capacitación básica	0	115	215	281	281	Reporte MSPAS	Personal de los puestos de salud en los 47 municipios priorizados
4) Numero de profesionales y tecnicos de gestión de Recursos Humanos del MSPAS (nivel central y de las áreas de salud) que ha concluido la especialización en gestión de recursos humanos	0	50	79	79	79	Reporte MSPAS	Recursos humanos del nivel central del MSPAS
5) Porcentaje de GMI que cuenta con al menos un miembro que habla el idioma local de la jurisdiccion de cobertura	0	60%	70%	80%	80%	Sistema de Información MSPAS	Personal tecnico de los GMIs en los 47 municipios priorizados
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Poblacion objetivo
1) Porcentaje de facilitadores institucionales equipos móviles ONGs y GMI capacitados que pesan de acuerdo a la norma	0%	-	50%	-	50%	Evaluación de Proceso AIMN-C	Personal tecnico de los GMIs en los 47 municipios priorizados
Componente 4: Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de monitoreo y supervisión del MSPAS							
Indicadores de Producto	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	Población objetivo
1) Número de distritos que implementaron registro electrónicos en puestos de salud y GMI	20	80	130	147	147	Reporte MSPAS	En los 147 municipios priorizados
2) Numero de aéreas de salud que implementaron el nuevo sistema de monitoreo y supervisión del primer nivel	0	6	12	23	23	Reporte MSPAS	En los 147 municipios priorizados
3) Evaluación de proceso del modelo GMI	-	-	Evaluación medio término	-	Evaluación Final	Reporte Coordinador del Proyecto	
4) Evaluación de proceso del la Estrategia AIMN-C	-	-	Evaluación	-	-	Reporte Coordinador del Proyecto	
5) Evaluación de impacto del programa	Línea Base	-	Linea Media	Linea Final	-	Reporte Coordinador del Proyecto	
Indicadores de Resultados Intermedios	Línea Base 2011	2012	2013	2014	Meta Acumulada	Medios de verificación	
1) Porcentaje de Puestos de Salud que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses	A medir	-	70%	-	70%	Encuesta equipo Monitoreo y Evaluación del Proyecto	En los 147 municipios priorizados
2) Porcentaje de Jurisdicciones del PEC y GMI que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses	A medir	-	70%	-	70%	Evaluación de Proceso AIMN-C y GMI	En los 147 municipios priorizados

* Nota: los valores de línea de base para los resultados directos del programa fueron contruidos en base a la Información disponible que fuera mas reciente y adecuada respecto al indicador a medir. En particular: a) Desnutrición Crónica corresponde a la cifra publicada en la ENSMI 2008 respecto a Desnutrición Crónica en zonas rurales para niños de 3 a 23 meses; b) Anemia en niños corresponde a la cifra publicada en la Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1996 para niños menores a un año; c) Anemia en mujeres embarazadas y lactantes corresponde al mismo indicador de la Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1996; d) Mortalidad infantil corresponde a la mortalidad infantil promedio en los 77 municipios objeto de la operacion en el año 2006 (elaboracion propia en base a datos de la Oficina de Hechos Vitales). Estas estimaciones serán actualizadas en base a: a) Desnutrición Crónica y anemia en niños de 6 a 24 meses de edad, utilizando los datos a levantarse en la línea de base de la Evaluación de impacto; b) Anemia en embarazadas y lactantes, utilizando la Información que se publicara proxicamente en base a la ENSMI 2008; c) mortalidad infantil, utilizando Información del anio 2010 una vez que se encuentre disponible. Una vez actualizadas estas líneas de base, deberán ajustarse las metas del programa de la siguiente forma: a) Desnutrición Crónica: reduccion en 6 puntos porcentuales; b) Anemia en niños: reduccion en un 17.5% del valor base; c) Anemia en embarazadas y mujeres lactantes: deberá ajustarse teniendo asumiendo una reducción del 17.5% en las mujeres en comunidades objeto de la operacion y teniendo en cuenta que porcentaje de las mujeres en la muestra obtenida (por ejemplo, mujeres en los 77 municipios) habitan en comunidades afectadas por la operacion; d) Mortalidad infantil: se calculará computando la tasa porcentual de reducción anual de la mortalidad infantil en el período 2006 a 2010 y asumiendo que el programa incrementa esta tasa en un punto porcentual. Por ejemplo, para el periodo 2000-2006 la tasa anual de reducción de la mortalidad infantil en los 77 municipios fue de 5.3% y se asume que con el programa la misma hubiera alcanzado el 6.3%.

Plan de Adquisiciones
PERÍODO COMPRENDIDO PARA ESTE PLAN DE ADQUISICIONES: DESDE 2011 HASTA 2015

Número de Referencia	Categoría y Descripción del Contrato de Adquisiciones	Costo Estimado de la Adquisición (US\$ Miles)	Método de Adquisición	Revisión (ex ante ó ex-post)	Fuente de Financiamiento y porcentaje		Precalificación Si/No	Fechas Estimadas		Status	Observaciones
					BID %	Local/Otro %		Publicación Anuncio Especifico de Adquisición	Terminación de Contrato		
Obras											
CI.O.1	Obras de rehabilitación de infraestructura existente (47 puestos de salud) para fortalecimiento de la red de servicios de salud (Varios procesos de LPN)	1,563,855	LPN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.O.2	Construcción de 12 nuevos puestos de salud para fortalecimiento de la red de servicios de salud	547,349	LPN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
Bienes											
CI.B.1	Equipamiento en Mobiliario de 59 puestos de salud para fortalecimiento de la red de servicios de Salud (2 procesos LPN)	319,880	LPN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.B.2	Equipamiento Médico de 59 puestos de salud para fortalecimiento de la red de servicios de Salud (2 procesos LPN)	274,669	LPN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.B.1	Adquisición de equipo de cómputo para el subsistema de información para la gestión del recurso humano (38 computadoras, 28 impresoras y 1 servidor)	44,000	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.B.1	Adquisición de equipo de cómputo para el fortalecimiento al sistema de informacion general en salud, nivel local DS (75 computadoras, 75 impresoras)	44,277	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.B.2	Adquisición de Licencias de Software pare DS y AS (25 distritos de salud, 21 areas de salud)	16,626	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.B.3.	Adquisición de Licencias para uso en Servidor de Nivel Central (2 Licencias)	250,000	LPI	Ex Ante	100%		No			Pendiente	
CIV.B.4	Adquisición de Servidores para el Nivel Local de Areas de Salud (21 servidores)	151,807	LPN	Ex Post	100%		No			Pendiente	

CIV.B.5	Adquisición de Servidores para el Nivel Central (2 Servidores)	14,458	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.B.6	Adquisición de discos duros externos (21 unidades)	3,289	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
Servicios Diferentes de Consultoría											
CI.S.1	Logística para talleres de inducción modelo de atención GMI, a nivel DAS, DMS y Comunidades, varios procesos promedio de contrato US\$2,000	5,964	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CII.S.1	Logística para talleres de mejoramiento en la entrega de AINM-C, definición funciones tomo antropométrica, varios procesos promedio de contrato US\$2,000	12,500	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CII.S.2	Servicios de transporte a educadoras (alquiler de vehículos para movilización), varios procesos, costo promedio US\$1,875	221,250	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CII.S.3	Servicios de transporte aéreo a Honduras, para visita de implementación metodología de ganancia de peso	5,000	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.S.1	Logística de talleres sobre sistemas de información en Recursos Humanos	2,000	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.S.2	Servicios de Impresión de material de divulgación del sistema de información	500	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.S.3	Servicios de Capacitación para técnicos y directivos de la Dirección de Recursos Humanos	8,000	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.S.4	Servicios logísticos para la realización de seminarios sobre Recursos Humanos	5,000	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.S.1	Servicios de Instalación de redes eléctricas para equipos de Compúto a Nivel local de Distritos de Salud (75 redes)	13,554	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.S.2	Servicios de conexión a internet para equipos de Compúto a Nivel local de Distritos de Salud (75 conexiones)	32,530	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.S.3	Servicios de suministro de tintas para impresoras a Nivel local de Distritos de Salud (750 unidades) 2 procesos de CP	36,145	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.S.4	Servicios de digitación de información a Nivel local de Distritos de Salud (23 digitadores)	83,133	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.S.5	Logística talleres de Capacitación al Personal en área informática (2 talleres)	3,614	CP	Ex Post	100%		No			Pendiente	

Consultoría											
CI.I.1	Consultor para Equipo de apoyo Implementación GMI, Asistente informática DMS (47 contratos por 48 meses)	594,578	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.I.2	Consultor para Equipo de apoyo Implementación GMI Contabilidad DAS (8 contratos por 48 meses)	121,466	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.I.3	Consultor para Equipo de apoyo Implementación GMI Asistente Técnico DAS (8 contratos por 48 meses)	101,205	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.I.4	Consultor para apoyo SIAS/RRHH inducción, especialista médico (2 contratos por 48 meses)	131,566	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.I.5	Consultor para apoyo SIAS/RRHH inducción, especialista en nutrición (2 contratos por 48 meses)	101,205	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.I.6	Consultor para realizar evaluación el Programa FASE I	80,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CII.I.1	Consultor para Mejoramiento en la entrega de AINM-C, reforzar el modelo y metodología AINM-C	45,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CII.I.2	Consultor para Mejoramiento en la entrega de AINM-C, desarrollo e implementación de planes de supervisión	45,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CII.I.3	Consultor para Mejoramiento en la entrega de AINM-C, mejoramiento logística	45,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.I.1	Consultor para identificación factores de motivación a permanencia áreas rurales (3 meses)	20,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.I.2	Consultoría para apoyo en la definición propuesta del sistema de incentivos	20,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.I.3	Consultor para establecimiento de Línea de Base y evaluación del mecanismo de incentivos	40,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.I.4	Consultor Experto en Sistemas de Información para el Subsistema de Información para la gestión de recursos humanos	8,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIII.I.3	Consultor para apoyo al SIGSA en el Subsistema de Información para la gestión de recursos humanos	60,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.1	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Coordinador General del programa (48 meses)	120,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	

CIV.I.2	Consultores para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Coordinadores de Componentes (4 consultores 48 meses)	384,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.3	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Coordinador Administrativo Financiero (48 meses)	96,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.4	Consultores para apoyo al MSPAS en la implementación del Programa, Contadores (2 consultores 48 meses)	180,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.5	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Oficial en Adquisiciones (48 meses)	60,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.6	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del Programa, Técnico en Adquisiciones (48 meses)	60,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.7	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del Programa, Asistente en Adquisiciones (48 meses)	48,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.8	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del Programa, Dirección general del SIAS, especialista en ingeniería (6 meses)	24,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.9	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Dirección general del SIAS, especialista en arquitectura (36 meses)	96,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CIV.I.10	Consultor para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Consultor para apoyar el monitoreo del programa (48 meses)	60,000	CCIN	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.F.1	Firma consultora para evaluación Grupos Móviles Institucionales	540,000	SBCC	Ex Ante	100%		No			Pendiente	
CI.F.2	Firma consultora para estudios de preinversión de Obras de Infraestructura (nuevas y rehabilitaciones)	0	SBCC	Ex Post	100%		No			Pendiente	
CI.F.3	Firma consultora para supervisión de Obras de Infraestructura (nuevas y rehabilitaciones)	312,289	SBCC	Ex Ante	100%		No			Pendiente	
CI.F.1	Firma Consultora para evaluación de la Estrategia de AINM-C	450,000	SBCC	Ex Ante	100%		No			Pendiente	

CIV.F.1	Consultoría para apoyo al MSPAS en la implementación del programa, Generación de Informes Periódicos del Préstamo	300,000	SBCC	Ex Ante	100%		No			Pendiente	
CIV.F.2	Consultoría para apoyo al MSPAS en la implementación del Programa, Realización de Encuestas Anuales de Monitoreo de Prestación de Servicios	240,000	SBCC	Ex Ante	100%		No			Pendiente	

Bienes y Obras: LPI: Licitación Pública Internacional; LIL: Licitación Internacional Limitada; LPN: Licitación Pública Nacional; CP: Comparación de Precios; CD: Contratación Directa; AD: Administración Directa; CAE: Contrataciones a través de Agencias Especializadas; AC: Agencias de Contrataciones; AI: Agencias de Inspección; CPIX: Contrataciones en Préstamos a Intermediarios Financieros; CPO/COT/CPOT: Construcción-propiedad-operación/ Construcción-operación-transferencia/ Construcción-propiedad-operación-transferencia (del inglés BOO/BOT/BOOT); CBD: Contratación Basada en Desempeño; CPGB: Contrataciones con Prestamos Garantizados por el Banco; PSC: Participación de la Comunidad en las Contrataciones. Firms Consultoras: SBCC: Selección Basada en la Calidad y el Costo; SBC: Selección Basada en la Calidad; SBPF: Selección Basada en Presupuesto Fijo; SBMC: Selección Basada en el Menor Costo; SCC: Selección Basada en las Calificaciones de los Consultores; SD: Selección Directa. Consultores Individuales: CCIN: Selección basada en la Comparación de Calificaciones Consultor Individual Nacional; CCII: Selección basada en la Comparación de Calificaciones Consultor Individual Internacional