

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **GUATEMALA**

### **INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015**

**(GU-G1001)**

#### **PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO NO REEMBOLSABLE**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Gustavo Zuleta (SCL/SPH), Jefe de Equipo; Ariadna García Prado (SCL/SPH); Leonardo Pinzón (SCL/SPH); Ian Mac Arthur (SPH/CGU); Ana Pérez Expósito (SCL/SPH); Susan Kolodin (SCL/SPH); Omar Martínez (LEG/SGO); María Cecilia del Puerto (PDP/CGU); José Villatoro (PDP/CGU); Martha Guerra (SCL/SPH); Danilo Fernández (consultor); y Wendy González (SCL/SPH).

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

## ÍNDICE

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A.	Antecedentes, problemas y justificación .....	2
B.	Objetivos, componentes y costo .....	7
C.	Indicadores clave de la matriz de resultados .....	12
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS .....	13
A.	Instrumentos del financiamiento.....	13
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias .....	13
C.	Riesgos fiduciarios.....	13
D.	Otros Riesgos .....	13
III.	IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	14
A.	Resumen de los arreglos para la implementación.....	14
B.	Resumen de las medidas para el monitoreo de los resultados .....	15

Anexos	
Anexo I	Matriz de Eficiencia de Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios
Anexo IV	Marco de Desempeño
Enlaces Electrónicos	
<b>OBLIGATORIOS</b>	
1.	POA (Plan de actividades para el primer desembolso y los primeros 18 meses de implementación) <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335035">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36335035</a>
2.	Plan de seguimiento y evaluación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36334928">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36334928</a>
3.	Plan de adquisiciones <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36337723">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36337723</a>
<b>OPCIONALES</b>	
1.	Descripción del proyecto y esquema de implementación y gestión <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36334978">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36334978</a>
2.	Elementos innovadores Programa SM2015 en Guatemala <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330958">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330958</a>
3.	Análisis de focalización <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330703">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330703</a>
4.	Plan de capacitación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330867">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330867</a>
5.	Costos detallados de la operación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36336435">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36336435</a>
6.	Análisis económico ex ante <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330744">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330744</a>
7.	Análisis de riesgos del proyecto <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330899">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330899</a>
8.	Enfoque de Cuidados Obstétricos y Neonatales para Guatemala (CONE) <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330793">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330793</a>
9.	Marco General de Desempeño Iniciativa SM2015 <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36383002">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36383002</a>
10.	Referencias bibliográficas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36383015">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36383015</a>
11.	<i>Safeguard and Screening Form and Classification of Projects (SSF)</i> <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36555072">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36555072</a>

Enlaces Electrónicos	
OPCIONALES	
Estudios Paquete de Evidencias de País	
12. Estudio Encuesta de Seguimiento al Gasto Público	<a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330387">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330387</a>
13. Estudio de Gasto Público en Salud	<a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330557">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330557</a>
14. Estudio de Mapeo de Donantes	<a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330834">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330834</a>
15. Estudio de Brechas de Políticas, Normas y Protocolos	<a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36346207">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36346207</a>
16. Estudio Sistemas de Información SIGSA	<a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330535">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36330535</a>
17. Estudio de Redes para Cuidados Obstétricos y Neonatales	<a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36382697">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=36382697</a>

## ABREVIATURAS

AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria
AL	Aporte Local
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAIMI	Centros de Atención Integral Materno-Infantil
CAP	Centros de Atención Permanente
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
DAS	Dirección de Áreas Departamentales de Salud
DMS	Distrito Municipal de Salud
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta de Salud Materna e Infantil
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguro Social
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MHF	Fondo Mesoamericano de Salud ( <i>Mesoamerican Health Facility</i> )
MIFAPRO	Mi Familia Progresá
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No-Gubernamentales
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PEP	Plan de Ejecución del Programa
PMR	Reporte de Monitoreo y Progreso del Desempeño
POD	Propuesta de Desarrollo de la Operación
RO	Reglas de Operación
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SM2015	Salud Mesoamérica 2015
TD	Tramo de Desempeño
TI	Tramo de Inversión
UCP	Unidad Coordinadora del Proyecto
USME	Unidad de Supervisión y Monitoreo

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**GUATEMALA**  
**INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015 (SM2015)**  
**(GU-G1001)**

<b>Términos y Condiciones Financieras</b>				
Beneficiario: República de Guatemala			No reembolsable	
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS)			Plazo de Desembolso	18 meses
<b>Fuente</b>	<b>Monto</b>	<b>%</b>		
Tramo de inversión (TI) - MHF	5.830.000	50.0		
Aporte Local (AL)	3.886.667	33.3		
Subtotal inversión (TI+AL)	9.716,667	83.3		
Tramo de desempeño (TD) MHF	1,943.333	16.7		
<b>TOTAL (TI+TD+AL)</b>	<b>11.660.000</b>	<b>100</b>	Moneda:	US Dólares
<b>Esquema del Proyecto</b>				
<p><b>Objetivo del programa y del primer proyecto:</b> Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en 31 municipios pertenecientes a los departamentos más pobres del país. En el primer proyecto participarán los municipios de dos de los cuatro departamentos focalizados<sup>1</sup>, pertenecientes al 20% más pobre de la población del país. El programa se estructura en tres operaciones de 18 meses cada una y se enmarca dentro de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 que fue aprobada por el Directorio Ejecutivo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el 9 de septiembre de 2009. Este documento presenta la primera operación individual.</p> <p><b>Condiciones contractuales especiales del Tramo de Inversión:</b></p> <p><b>Previas al primer desembolso:</b> Se acuerde y encuentre en vigencia el Manual de Operaciones del Programa, a satisfacción del Banco. (pár. 3.1).</p> <p><b>Ejecución:</b> Las condiciones establecidas en las Reglas de Operación (RO) de la SM2015 y, particularmente a efecto de las condiciones de los literales b. y c. párrafo 1.27 del Anexo I, remitir anualmente, hasta dos (2) años después del desembolso del Tramo de Desempeño el reporte de gasto del MSPAS que identifique los recursos correspondientes al Tramo de Desempeño. Adicionalmente, el MSPAS remitirá anualmente, hasta dos (2) años después de la fecha de terminación del presente Convenio, el reporte del gasto ejecutado en el primer y segundo nivel de atención. (pár. 3.1).</p> <p><b>Condiciones Contractuales del Tramo de Desempeño:</b> el desembolso del Tramo de Desempeño está sujeto a que se alcance el puntaje mínimo pactado con el beneficiario para el cumplimiento de las metas establecidas en el Marco de Desempeño para la Primera Operación Individual (Anexo V).</p> <p><b>Elegibilidad Parcial:</b> Se desembolsarán hasta US\$150.000 (ciento cincuenta mil dólares) para financiar las actividades iniciales de ejecución, una vez se cumpla con las condiciones previas al primer desembolso establecidas por las Normas Generales, con excepción del plan de ejecución del Programa.</p> <p><b>Adquisiciones:</b> Las adquisiciones de bienes y servicios, y la contratación de consultores correspondientes al Tramo de Inversión se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). El Tramo de Desempeño se desembolsará una vez se alcance el puntaje mínimo indicado sin revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores.</p> <p>Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna</p> <p>El proyecto es coherente con la Estrategia de País:    Si [ x ]    No [ ]</p> <p>El proyecto califica como:    SEQ[ x ]    PTI [ x ]    Sector [x]    Geográfica [ ]    % de beneficiarios[ ]</p>				

<sup>1</sup> Huehuetenango, San Marcos, Quiché y Sololá.

## I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, problemas y justificación

- 1.1 **Situación de salud.** En los últimos 10 años Guatemala ha mejorado notablemente sus indicadores de salud. La esperanza de vida ha aumentado en casi 10 años, las coberturas de vacunación han mejorado notablemente<sup>2</sup> y la mortalidad materna e infantil se ha reducido. Entre el 2000 y el 2008, la razón de mortalidad materna se redujo en un 4%, llegando a ser de 88 por cada 100 mil Nacidos Vivos (NV). Sin embargo, el país se encuentra aún distante de la meta definida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 55 muertes por cada 100 mil NV para el año 2015<sup>3</sup>. La muerte materna en Guatemala está principalmente relacionada con la baja utilización de métodos de planificación familiar<sup>4</sup>, espacio intragenésico menor de dos años, complicaciones durante el parto y post-parto<sup>5</sup>, así como con el estado de nutrición de la madre. El 70% de las muertes maternas se registran en poblaciones indígenas, indicando inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud para esta población<sup>6</sup>.
- 1.2 Según datos de la Encuesta de Salud Materna e Infantil (ENSMI) 2008-2009, el 48% de los partos se atiende en el domicilio de la embarazada o de la comadrona. Los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel atienden únicamente el 35% de los partos, el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) atiende el 8% y las clínicas privadas el 7,6%. Esto indica que alrededor del 49% de la población objetivo queda al margen de una atención institucional. En los departamentos más pobres del país, esta cifra puede llegar hasta el 80% y en la población indígena al 71%. Las mujeres indígenas que pertenecen al 20% más pobre de la población son las que presentan los peores indicadores en salud materna. Sólo la mitad de las mujeres indígenas embarazadas recibieron su primera atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo, y el 19,9% tuvo un control postparto frente al 30,5% de las mujeres no indígenas. Únicamente 18% de las mujeres pobres usan métodos modernos de planificación familiar, comparado con 37% de las mujeres del quintil con mayores ingresos.
- 1.3 La mortalidad infantil se redujo de 39 a 30 por cada mil NV<sup>7</sup>, pero sigue siendo casi el doble que la de otros países de la región de Mesoamérica<sup>8</sup>. La mortalidad neonatal explica la mitad de las muertes infantiles (17 por cada mil NV<sup>9</sup>). La muerte neonatal está relacionada con las condiciones de salud de la madre durante

---

<sup>2</sup> En 2008, el país alcanzó una cobertura de vacunación nacional de 71,2%, y presenta un acceso superior al 90% para vacunas tales como la BCG, pentavalente 1 y polio 1 (ENSMI, 2008/2009).

<sup>3</sup> Hogan, MC et al. (2010).

<sup>4</sup> Según la ENSMI 2008/9, el porcentaje de mujeres que utiliza un método de planificación familiar es de 54%. La prevalencia del embarazo adolescente está por encima de 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años.

<sup>5</sup> Las hemorragias se mantienen como la principal causa biológica de la muerte materna; la hipertensión y las infecciones ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente; y el aborto inseguro se sitúa en cuarto lugar.

<sup>6</sup> Secretaría General de Planificación (SEGEPLAN), Tercer informe de avances en el cumplimiento de los ODM. Objetivo 4, 2010.

<sup>7</sup> SEGEPLAN, Tercer informe de avances en el cumplimiento de los ODM. Objetivo 4, 2010.

<sup>8</sup> Datos de muertes por cada 1.000 NV: Panamá 14.7 (ODM, Panamá, Tercer Informe, 2007), Chiapas 17.46 (Secretaría de Hacienda, Chiapas, 2008), Nicaragua 8.8 (Ministerio de Salud, 2009).

<sup>9</sup> Datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI, 2008/09.

el embarazo, la calidad de atención durante el parto, la ausencia de atención calificada al recién nacido<sup>10</sup> y el reconocimiento de señales de peligro o complicaciones que deberían ser referidas. Por otro lado, la muerte en el período post neonatal está relacionada con deficiencias en cuidados al infante, patrones de alimentación y condiciones de salubridad que son frecuentes en las áreas rurales, dispersas y pobres del país<sup>11</sup>.

- 1.4 El análisis de la muerte materna y neonatal se realiza en el marco del modelo de las demoras<sup>12</sup>. En el año 2007, se documentó que el 35% de las muertes maternas y neonatales sucedieron en la primera demora debido a la falta de reconocimiento oportuno de las señales de peligro; 30% de los casos sucedieron en la segunda demora, debido a la tardanza en tomar la decisión de buscar ayuda y trasladar a la mujer o al neonato al centro de salud u hospital más cercano; el 23% de los casos de muerte se vinculan con la tercera demora, debido a barreras de acceso a los servicios de salud adecuados para atender parto por factores geográficos, financieros y culturales. Finalmente, el 41% de las muertes se asocian a la cuarta demora y se explican por limitantes en la oferta y calidad de servicios, así como a la falta de condiciones para atender o referir adecuadamente las emergencias<sup>13</sup>.
- 1.5 La tasa de mortalidad en menores de cinco años para el año 2009 fue de 42 defunciones por cada 1.000 NV. Sin embargo, aún persiste una brecha de cinco puntos porcentuales para alcanzar la meta de los ODM. Las causas más frecuentes de la mortalidad en menores de cinco años son las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, siendo la desnutrición la causa subyacente de más de la mitad de los casos. El 43% de los niños guatemaltecos menores de cinco años padecen de desnutrición crónica<sup>14</sup>. Las cifras son mayores en niños que pertenecen al grupo indígena, los cuales tienen una prevalencia de desnutrición crónica prácticamente dos veces mayor a la de los niños no indígenas (59% vs 31%). Las causas directas de la desnutrición infantil en Guatemala son las inadecuadas prácticas de alimentación, el acceso a una dieta con inadecuada densidad de nutrientes y las infecciones recurrentes<sup>15</sup>.
- 1.6 El 50% de los niños menores de seis meses recibe lactancia exclusiva. Esta cifra, aunque es mayor a la de otros países de la región<sup>16</sup>, sigue siendo baja<sup>17</sup>. Por otro lado, solamente el 30% de los niños entre 6 y 9 meses de edad reciben alimentos diferentes a la leche materna, lo cual no permite cubrir los requerimientos necesarios para la formación de tejido nuevo<sup>18</sup>. Las mujeres sufren de rezagos en talla al llegar a la edad reproductiva y aproximadamente el 12% de los niños

---

<sup>10</sup> La ENSMI 2008/9 indica que el 80% de las mujeres indígenas no tuvieron control posparto.

<sup>11</sup> Según datos de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006 (ENCOVI 2006), el 38,2% de los hogares vivía en condiciones de hacinamiento y el 45% no tenían acceso a agua potable y saneamiento.

<sup>12</sup> *Thaddeus and Maine*, 1994.

<sup>13</sup> ODM, III Informe Guatemala, 2010. Las demoras no son mutuamente excluyentes.

<sup>14</sup> Talla para la edad <-2 desviaciones estándar.

<sup>15</sup> Pan American Health Organization (PAHO). Desnutrición en Guatemala. 2009.

<sup>16</sup> El Salvador tiene una prevalencia de lactancia exclusiva en menores de 6 meses del 30%.

<sup>17</sup> La cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es entre 90 y 100% de los niños menores de seis meses.

<sup>18</sup> Bajo recomendaciones de la OMS, esta cifra debería estar entre el 95 y 100% de los niños entre 6 y 9 meses de edad.



nacen con bajo peso (<2500 g)<sup>19</sup>. Asimismo, la alta prevalencia de deficiencias de micronutrientes en niños y mujeres, especialmente hierro, constituyen un problema de salud pública. El 20% de mujeres en edad fértil y el 38% de los niños entre 12 y 59 meses tienen anemia<sup>20, 21</sup>. Las consecuencias que la desnutrición tiene en el desarrollo físico y cognitivo en los primeros años de vida, así como su impacto en la mortalidad infantil, la productividad en la edad adulta y el desarrollo individual y social, hacen que éste sea una prioridad de atención.

- 1.7 **Sistema de salud y limitaciones del modelo de atención.** El sistema de salud pública se estructura en tres subsistemas: público, privado y de seguridad social. Paralelamente, funciona la medicina tradicional, desarticulada de los otros subsistemas<sup>22</sup>. El subsistema público está conformado por el MSPAS, estructurado en nivel central, Direcciones de Áreas Departamentales de Salud (DAS) y Distritos Municipales de Salud (DMS). Existe una limitada coordinación entre los diferentes niveles de atención, así como un sistema de referencia y contra-referencia débil<sup>23</sup>. Otros desafíos del sistema público de salud son:
- 1.8 Financiamiento insuficiente. El gasto total en salud representa el 7% del PIB para 2009 y el gasto público en salud tan sólo el 2,6%. Entre el 2000 y 2009, el gasto público en salud aumentó apenas de 2,2% a 2,6% del PIB<sup>24</sup>.
- 1.9 Acceso inadecuado e inequitativo a los servicios y personal de salud. El 95% de la población de más bajos ingresos y el 91% de la población indígena tiene que viajar más de una hora para poder acceder a los servicios de salud<sup>25</sup>. A pesar de que el gobierno ha expandido geográficamente los servicios de salud y nutrición, se estima que todavía el 14% de la población no accede a los mismos<sup>26</sup>. La oferta de servicios, especialmente en las zonas pobres, tiene deficiencias que afectan la calidad de la prestación como la falta de insumos, equipamiento, personal calificado y servicios de referencia oportuna. La mayor concentración de personal de salud está en la Ciudad de Guatemala. Departamentos que se ubican en el 20% más pobre de la población como San Marcos, Huehuetenango, Sololá y Quiché, no superan la media nacional que es de 9.23 médicos por 10.000 habitantes.
- 1.10 Barreras de acceso culturales y económicas. De acuerdo con la ENCOVI de 2006, un 11% de la población prefiere no utilizar el sistema de salud formal por cuestiones culturales, 21,9% reporta no tener tiempo y un 62% dice no tener dinero para acceder al sistema. El subsistema público de salud tiene carencias en temas de inclusión y pertinencia cultural con intervenciones aisladas.

---

<sup>19</sup> UNICEF. Panorama de Salud. Guatemala. 2009.

<sup>20</sup> Hemoglobina <120 g/L para mujeres en edad fértil y <110 g/L para niños menores de cinco años.

<sup>21</sup> *Micronutrient Initiative*. Global Report. 2009.

<sup>22</sup> Becerril, V., et al (2008).

<sup>23</sup> El Sistema de salud tiene tres niveles de atención. El tercer nivel de atención está conformado por hospitales regionales, nacionales y especializados; el segundo nivel por los centros de salud, los centros de atención materno-infantil (CAIMI), y los Centros de Atención Permanente (CAP). El primer nivel de atención está compuesto por los centros comunitarios, los puestos de salud y las Organizaciones No-Gubernamentales (ONG) (equipos móviles) subcontratados por el MSPAS.

<sup>24</sup> Fuente: Estudio de Gasto Público Guatemala. Paquete de Evidencias de País.

<sup>25</sup> Gragnolati & Marini 2003.

<sup>26</sup> *World Bank, Expanding Opportunities for Vulnerable Groups Project, 2009, Project Document.*

- 1.11 Limitada inclusión de estrategias efectivas para prevenir y tratar la desnutrición en los servicios de salud. A pesar de que el MSPAS ha implementado la estrategia Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria (AINM-C) a través del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), todavía hay municipios y comunidades pobres sin AINM-C. Además, es necesario mejorar su articulación con los servicios del primer nivel incorporando servicios de nutrición dentro de la atención a la salud infantil, fortalecer los programas de educación para la modificación de prácticas alimentarias en el ámbito comunitario y mejorar la distribución y cobertura de suplementación con micronutrientes<sup>27</sup>.
- 1.12 Debilidad en el sistema de monitoreo y supervisión del MSPAS. La Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación (USME) del nivel central del MSPAS no cuenta con los recursos o con la capacidad para llevar a cabo adecuadamente las actividades de supervisión en los diferentes niveles de prestación de servicios. Además, no existen lineamientos estratégicos de supervisión y monitoreo convirtiéndose en otro desafío para el mejoramiento de la calidad de la información generada por el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA).
- 1.13 **Acciones del Gobierno Nacional.** A partir de los Acuerdos de Paz de 1996, el MSPAS inició una reforma dirigida a reasignar los gastos en salud hacia la atención primaria y a extender la cobertura del primer nivel de atención para la población sin acceso a los servicios de salud. Para ello, el MSPAS implementó el PEC<sup>28</sup> en los municipios más pobres del país, el cual ha tenido un efecto positivo en cobertura de servicios de salud<sup>29</sup>. En la última década, el MSPAS ha implementado dos nuevos programas dirigidos a fortalecer las acciones de prevención y promoción: (i) la estrategia AINM-C para la reducción del retardo en crecimiento a través del PEC; y (ii) un programa de fortalecimiento del segundo nivel de atención, que se inició en el 2006 con apoyo del Banco Mundial, dirigido a mejorar el acceso al parto institucional. Finalmente, a partir del 2008, el Gobierno de Guatemala inició la implementación de un programa de transferencias condicionadas (MIFAPRO<sup>30</sup>) dirigido a mejorar la situación de las familias pobres, el cual incluye corresponsabilidades en salud, educación y nutrición. Recientemente, se ha aprobado en el país la Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32-2010), en proceso de implementación, y el MSPAS ha introducido la vacuna contra el rotavirus y la preparación para la introducción en el 2011 de la vacuna contra el neumococo. De igual forma, en abril de 2011 se lanzó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que define los lineamientos generales del MSPAS para orientar el ordenamiento del territorio, la re-organización y desarrollo e integración de la Red de Servicios, el fortalecimiento del Recurso Humano, así como la gestión y el financiamiento

---

<sup>27</sup> Marini y Gragnolati, 2003.

<sup>28</sup> Consiste en la contratación de ONGs para la prestación de servicios básicos con equipos móviles itinerantes.

<sup>29</sup> En el 2009, este programa había alcanzado una cobertura de 4.6 millones de personas y aumentado la cobertura de inmunizaciones en niños y de controles prenatales realizados por profesionales sanitarios. Cristia, et al 2009.

<sup>30</sup> Mi Familia Progres.

institucional, Las intervenciones que la Iniciativa financiará en Guatemala serán complementarias a otros esfuerzos del país para fortalecer el sistema de salud<sup>31</sup>.

- 1.14 **Racionalidad del programa y teoría de cambio.** Teniendo en cuenta la situación descrita anteriormente, Guatemala se enfrenta a dos retos fundamentales en salud: (i) reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, cuyas cifras continúan siendo muy elevadas entre la población indígena, rural y pobre; y (ii) reducir la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, el cual es un indicador que apenas ha mejorado en los últimos años. La Iniciativa SM2015 ha decidido apoyar estas dos áreas por su relevancia como problemas de salud pública que determinan la mortalidad materna e infantil, así como por ser áreas potenciales en las que se pueden conseguir resultados mediante la financiación de intervenciones de probado costo-beneficio<sup>32</sup> y la introducción de elementos innovadores que podrían ser promisorios motores del cambio hacia la mejoría de los resultados en salud materno-infantil y nutrición. La estrategia para la reducción de la mortalidad materna y neonatal se enmarca dentro del contexto de la reciente aprobada Ley de Maternidad Saludable y en el marco de la implementación de las normas de atención de la emergencia obstétrica y neonatal.
- 1.15 Para lograr el impacto deseado en la mortalidad materna, neonatal y de la niñez se requiere de un conjunto de acciones complementarias que produzcan cambios en el sistema de salud tanto por el lado de la oferta (falta de cobertura, calidad e integración de los servicios de salud y nutrición, ausencia de un sistema de supervisión y monitoreo, debilidad de los mecanismos de referencia y contra-referencia), como por el lado de la demanda (baja utilización de los servicios de salud en las áreas focalizadas). Se contribuirá al fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención, a través de: (i) extensión de la cobertura de servicios de salud para la población no cubierta; (ii) integración de los servicios comunitarios de nutrición con los de salud infantil<sup>33</sup>; (iii) aumento en la calidad de los servicios de salud materno y neonatal mediante la implementación del enfoque CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales), fortalecimiento de los servicios de planificación familiar<sup>34</sup> y creación de espacios diferenciados para adolescentes; y (iv) creación de espacios interculturales para la atención materno-infantil. De igual forma, este programa apoya un conjunto de acciones dirigidas a aumentar la utilización de servicios de salud materno-infantil mediante estrategias de comunicación y cambio de comportamiento basadas en análisis de redes sociales, activación de comités

---

<sup>31</sup> (i) Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria (GU-L1009); (ii) el proyecto para erradicar las enfermedades tropicales desatendidas en Guatemala (GU-T1169); y (iii) el préstamo de Agua y Saneamiento (GU-L1039).

<sup>32</sup> El estudio de evaluación económica ex ante obtiene que el programa presenta una relación costo/beneficio favorable. Ver Paquete de Evidencias de País.

<sup>33</sup> Una evaluación de impacto realizada en Honduras reportó un impacto positivo de la implementación del AIN-C en el mejoramiento de las prácticas de alimentación infantil, cobertura de vacunación, estado de nutrición y cobertura suplementaria con micronutrientes de los niños menores de 2 años beneficiarios del programa. Schaetzel, Tom et al. 2008. La intervención propuesta también incluirá la desparasitación y el zinc como parte del tratamiento para la diarrea. Estas estrategias han demostrado ser altamente costo-efectivas en mejorar el estado de nutrición infantil y prevenir la mortalidad infantil por diarrea. Horton, S., M. Shekar, et al. (2010).

<sup>34</sup> Las estrategias que han probado ser más costo efectivas en la reducción de la mortalidad materna y neonatal son la atención de la emergencia obstétrica y neonatal y la planificación familiar. Campbell OM, et al. (2006).

comunitarios de emergencia, consultas comunitarias, implementación del plan de parto y esquemas de incentivos. Adicionalmente y de manera transversal, se fortalecerá el sistema de monitoreo y supervisión, incluyendo la auditoría social.

- 1.16 **Diálogo de Políticas.** El diálogo de políticas de SM2015 se ha caracterizado por un análisis profundo de la situación de salud, las brechas de acceso a los servicios de salud materno-infantil y las políticas e intervenciones costo-efectivas en el país. Se han definido los siguientes temas centrales dentro del diálogo de políticas: (i) monitorear el aumento y calidad del nivel del gasto público en salud en las áreas focalizadas; (ii) avanzar en la implementación gradual de una red de servicios articulada con énfasis en la atención obstétrica y neonatal; (iii) apoyo a la reglamentación de la Ley para la Maternidad Saludable; (iv) financiar la implementación de convenios de gestión entre el nivel central y las áreas de salud, y entre éstas y los distritos, fomentando esquemas de pago por desempeño; y (v) implementación de mecanismos de rendición de cuentas y auditoría social para monitorear y fiscalizar la implementación de las intervenciones.
- 1.17 **Focalización de las intervenciones.** Se realizó un [ejercicio de focalización](#) con el objeto de seleccionar a los municipios con mayor concentración de población en extrema pobreza y concentrar las intervenciones geográficamente para mejorar su eficiencia e impacto. Se seleccionaron cuatro departamentos<sup>35</sup> con mayor pobreza extrema y dentro de los mismos se identificaron los 31 municipios pertenecientes al 20% más pobre de la población<sup>36</sup>. Estos municipios son coincidentes con los municipios priorizados por MIFAPRO y presentan un elevado porcentaje de población indígena.
- 1.18 **Relación con la estrategia del país en el sector y del Banco.** El programa se enmarca en la Estrategia Institucional del BID ([Informe sobre el Noveno Aumento General de Recursos](#)<sup>37</sup>) y está alineado con la [Estrategia para una política social favorable a la igualdad y la productividad](#)<sup>38</sup>. A través de la Estrategia de País 2008-2011, el BID apoya al Gobierno de Guatemala para reducir la desnutrición crónica y la mortalidad materno-infantil en áreas rurales e indígenas.

## **B. Objetivos, componentes y costo**

- 1.19 El objetivo del programa y de este primer proyecto es contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en 31 municipios pertenecientes a los departamentos más pobres del país. En el primer proyecto participarán los municipios de dos de los cuatro departamentos focalizados<sup>39</sup> pertenecientes al 20% más pobre de la población del país.

---

<sup>35</sup> Los departamentos focalizados son Huehuetenango, San Marcos, Quiché y Sololá.

<sup>36</sup> En base al Mapa de Pobreza (SEGEPLAN) en 2005 y cumpliendo así con las reglas de operación de SM2015.

<sup>37</sup> Apoya el alcance de metas regionales de reducción de la tasa de mortalidad materna y de lactantes.

<sup>38</sup> Indica la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y una atención de salud primaria integral.

<sup>39</sup> Huehuetenango, San Marcos, Quiché y Sololá

- 1.20 **Componente 1. Fortalecimiento de la oferta y calidad de los servicios materno-infantil a nivel comunitario e institucional.** Se mejorará el acceso y la calidad de los servicios de salud materno-infantil a través de equipos de salud que presten servicios en la comunidad y se garantizará el acceso al parto institucional por personal calificado, la atención oportuna y adecuada a la puérpera y al neonato y el manejo adecuado de la emergencia obstétrica y neonatal en la red fija.
- 1.21 **Subcomponente 1.1. Ampliación de los servicios de salud en el primer nivel de atención.** Se financiarán intervenciones complementarias a la entrega itinerante del conjunto de servicios básicos de salud en la comunidad para: (i) extender la cobertura del conjunto de servicios básicos de salud y nutrición a poblaciones todavía no cubiertas mediante la conformación de equipos itinerantes de salud en el primer nivel de atención<sup>40</sup>; (ii) mejorar la calidad de la consejería en planificación familiar; y (iii) integrar los servicios de salud infantil con servicios de nutrición preventiva provistos por la estrategia AINM-C.
- a. Organización de equipos de salud del primer nivel de atención. Se financiará: (i) la conformación de equipos de salud en el primer nivel de atención, adscritos a los DMS para la prestación del conjunto de servicios básicos de salud a poblaciones rurales, pobres y aisladas; y (ii) la adquisición de insumos necesarios para los equipos de salud del primer nivel para la atención materno-infantil y para inmunizaciones<sup>41</sup>.
  - b. Consejería en planificación familiar. Se financiará asistencia técnica para diseñar y aplicar un nuevo modelo de consejería en planificación familiar diferenciada para adolescentes, con pertinencia cultural y de género.
  - c. Integración del conjunto de servicios de salud en el primer nivel de atención con la estrategia AINM-C. Con aportes locales se financiará asistencia técnica para: (i) mejorar la integración del AINM-C con los servicios de salud infantil a través de la incorporación de estrategias costo-efectivas para prevenir y tratar la desnutrición en el primer nivel de atención (suplementación con micronutrientes y la inclusión del zinc para el tratamiento de la diarrea en niños); (ii) el fortalecimiento de las acciones de promoción y monitoreo del crecimiento; (iii) fortalecer los programas de educación para modificación de prácticas alimentarias en el ámbito comunitario utilizando un análisis de redes sociales e integrando los mensajes comunitarios con los de la red fija. Se financiará la adquisición y mejoramiento de la distribución, cobertura y registro de la suplementación con micronutrientes y desparasitantes.
- 1.22 **Subcomponente 1.2. Incorporación de los servicios CONE en el segundo nivel de atención.** Se garantizará el acceso al parto institucional por personal calificado, la atención oportuna y adecuada a la puérpera y al neonato, el manejo

---

<sup>40</sup> La extensión de cobertura se dará a través de la conformación de Grupos Móviles Itinerantes (GMI) contratados directamente por el MSPAS. El fortalecimiento de la cartera de servicios de salud materno-infantil abarca tanto los prestadores institucionales (GMI) como a ONGs del PEC.

<sup>41</sup> Específicamente incluye equipamiento menor, mantenimiento preventivo y correctivo y reparación del mismo para la cadena de frío.

adecuado de la emergencia obstétrica y neonatal en la red fija con el objeto de reducir la cuarta demora relacionada con una atención institucional inadecuada.

- a. Análisis de redes de servicios de salud bajo el enfoque CONE para mejorar la articulación entre el primer y segundo nivel y el sistema de referencia y contrareferencia.
- b. Tratamiento adecuado de la emergencia obstétrica y neonatal. Incluye la adquisición de *kits* de emergencia obstétrica y neonatal y equipamiento de atención al neonato, así como oxitocina y bolsas de hemocomponentes de sangre segura en los CAP y CAIMI y, de modo puntual, en hospitales departamentales de referencia del área de influencia.
- c. Atención de calidad del parto, de la puérpera y del neonato inmediato. Se financiará la adquisición de insumos y equipos básicos para atención de los controles prenatales, el parto y del recién nacido en CAP, CAIMI y, de modo puntual, en hospitales departamentales.
- d. Acciones de pertinencia cultural: Se financiará (i) la adecuación y equipamiento de salas de parto<sup>42</sup> en CAP y CAIMI para poder responder a la demanda de partos con pertinencia cultural; (ii) asistencia técnica para el diseño de un módulo de sensibilización cultural y de género para el personal de salud; y (iii) asistencia técnica para la capacitación en comunicación en idiomas propios de las comunidades indígenas.
- e. Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud en la atención del control prenatal, del parto, a la puérpera y al neonato y de las emergencias obstétricas y neonatales. Se financiará la formación de médicos de los CAP y CAIMI para que fortalezcan sus habilidades y capacidades clínicas en la atención calificada de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia. Ver enlace del [plan de creación de habilidades y de capacidades](#).

- 1.23 **Componente 2. Aumento en la demanda de servicios de salud.** El objetivo de este componente es reducir las barreras económicas, sociales y culturales para acceder a los servicios de salud a través de tres instrumentos: (i) el desarrollo y sistematización de consultas con las comunidades indígenas para entender mejor cómo se percibe la calidad de los servicios de salud, el acceso a los mismos, e identificar la necesidad de adecuarlos para que cumplan con las expectativas socio-culturales; (ii) el análisis cualitativo derivado de consultas con redes comunitarias para determinar los actores que influyen en la toma de decisión de buscar o no atención de salud materna y neonatal, que permita dar respuesta a la primera y segunda demora; (iii) la activación de comités locales de emergencia y la adecuación de casas maternas; (iv) la entrega de incentivos a diferentes actores de la comunidad con el fin de favorecer el incremento de los controles prenatales, el parto institucional y los controles a la puérpera y al neonato en el primer y segundo nivel de atención; y (v) seguimiento desde la comunidad a las complicaciones obstétricas y neonatales de la embarazada, puérpera y neonato.

---

<sup>42</sup> El Manual de Operaciones (MO) incluirá un capítulo de estándares de gestión ambiental, salud y seguridad laboral y calidad.

1.24 **Subcomponente 2.1. Inducción de cambio de comportamiento para la búsqueda de servicios materno-infantil.** Se implementarán acciones con el fin de contribuir con la reducción de la primera demora relacionada con el reconocimiento de las señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres y del recién nacido durante el embarazo, parto, post-parto y la segunda demora relacionada con la toma de decisión sobre el uso de servicios de salud.

- a. Consultas a nivel comunitario: se financiará: (i) el desarrollo metodológico de consultas en las comunidades indígenas; (ii) la sistematización de las consultas; (iii) el desarrollo de consultas con posterioridad a la adecuación de los servicios; y (iv) el diseño, impresión y distribución de materiales.
- b. Redes comunitarias: se financiará asistencia técnica para (i) el análisis cualitativo de redes sociales comunitarias para identificar agentes influyentes en la toma de decisión de buscar atención en salud; y (ii) para la elaboración de un plan de acción consensuado con la comunidad para poder modificar el modo de percibir la salud de hombres y mujeres con el objetivo de lograr cambios de conducta. El trabajo con redes sociales se ha probado en países<sup>43</sup>.
- c. Identificación y seguimiento desde la comunidad para la embarazada, puérpera y neonato. Se financiará la capacitación de agentes comunitarios para fortalecer sus capacidades en la identificación y referencia oportuna ante la presencia de los signos de riesgo y alarma de la embarazada, el neonato y la puérpera.

1.25 **Subcomponente 2.2. Introducción de mecanismos comunitarios para búsqueda de atención del parto institucional.** El objetivo es aumentar la demanda de parto institucional y la implementación de acciones que permitan una reducción de la tercera demora relacionada con los factores limitantes que impiden el acceso a los servicios de salud.

- a. Implementar los planes de parto en la consulta prenatal. El plan de parto incluye la programación de los controles prenatales; el plan de salida de la comunidad y recursos para el transporte, incluyendo eventuales situaciones de emergencia obstétrica o neonatal; el personal de salud involucrado; la decisión sobre la modalidad de parto (parto vertical u horizontal); y la decisión sobre el acompañante de la mujer embarazada durante el parto.
- b. Activación de los comités locales de emergencia. Los comités de emergencia comunitarios son un elemento clave para garantizar el traslado de la emergencia obstétrica y neonatal desde la comunidad al segundo o tercer nivel de atención. Se financiará asistencia técnica para: (i) la elaboración de un inventario de los comités de emergencia; (ii) la planificación, gestión y monitoreo de funciones; y (iii) el diseño de alternativas que permitan su sostenibilidad. Adicionalmente se financiará la transferencia de un capital semilla desde los DAS a los comités de emergencia comunitarios elegibles para la creación de un fondo rotatorio para que la comunidad organizada

---

<sup>43</sup> La teoría de redes sociales identifica a los agentes de cambio dentro de una red, y propone que los canales de estas redes, así como sus estructuras, pueden tener efecto en la difusión de ideas, comportamientos, o cambios innovadores entre los miembros de una determinada red social. Behrman, J., Kohler, H., & Watkins, S. (2000).

tenga de forma anticipada los recursos que les permita solventar los gastos de transporte y así garantizar la referencia a los servicios correspondientes del primer y segundo nivel<sup>44</sup>.

- c. Adecuación y funcionamiento de las casas maternas<sup>45</sup>: (i) adquisición de equipamiento y mobiliario; (ii) asistencia técnica para establecer un modelo de gestión y participación social autosostenible; y (iii) asistencia técnica para el desarrollo de una estrategia de comunicación para diseminar su existencia y beneficios entre la población objetivo.
- d. Mecanismos para estimular la demanda de control prenatal, parto institucional y atención al recién nacido. Se desarrollarán mecanismos para estimular la demanda de control prenatal a través del financiamiento del pago de estipendios a las comadronas para acompañar a la mujer al menos a dos de los controles prenatales<sup>46,47</sup>. También se implementarán mecanismos para promover el parto institucional y la atención inmediata al recién nacido y a la puérpera. Se entregará un reembolso por concepto de gastos de desplazamiento a las mujeres embarazadas que tengan un parto institucional y el primer control a la puérpera y el neonato en los servicios de salud fijos dentro de las primeras 24 a 48 horas después del parto, tras haber recibido una capacitación sobre identificación de los signos de riesgo. También se pagará un estipendio a la comadrona, por concepto de gastos de transporte, por acompañar a la embarazada para que tenga un parto institucional<sup>48</sup>.

1.26 **Componente 3. Supervisión, monitoreo y gestión.** El propósito de este componente es: (i) mejorar la calidad y oportunidad de la información sobre la prestación de servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención; (ii) fortalecer el sistema de supervisión y monitoreo del primer y segundo nivel de atención; y (iii) establecer compromisos de gestión que permitan mejorar la prestación de los servicios de salud en el nivel local.

1.27 **Subcomponente 3.1. Mejoramiento del SIGSA.** Se financiará el fortalecimiento del SIGSA en los DMS, DAS y nivel central para garantizar el mantenimiento, seguridad, procesamiento y acceso remoto de las bases de datos del sistema. Además, se financiará asistencia técnica para: (a) la identificación nominal de los pacientes; (b) identificación y codificación de los prestadores; (c) asegurar la captura de todos los datos para las intervenciones e indicadores de SM2015; (d) vinculación directa con el ordenamiento de la oferta bajo el [enfoque CONE](#); (e) vinculación complementaria con el sistema de supervisión y monitoreo; y (f) vinculación a un sistema de información geográfica.

---

<sup>44</sup> Los DMS y los comités de emergencia firmarán un convenio especificando el monto de los recursos a transferir el uso que se le puede dar a los mismos, y la justificación el uso de esos recursos antes de recibir más transferencias.

<sup>45</sup> Las casas maternas son centros adyacentes a una instalación de salud que tienen como finalidad alojar a las mujeres embarazadas con antelación al parto y para asegurar el control puerperal y neonatal inmediato después del parto.

<sup>46</sup> Preferiblemente el primero a las 12 semanas y el último a las 37 semanas.

<sup>47</sup> La evidencia internacional sugiere que la aceptación de partos institucionales se incrementa cuando las madres reciben información adecuada en los controles prenatales (Nikiema, B. et al., 2009).

<sup>48</sup> Existen experiencias previas que muestran que el pago de incentivos a la comadrona para referir a los servicios de salud ha sido muy efectivas en aumentar el parto institucional (García Prado y Peña, 2010).



- 1.28 **Subcomponente 3.2. Fortalecimiento del sistema de monitoreo y supervisión del primer y segundo nivel de atención.** Se financiará asistencia técnica para apoyar a la Unidad de Supervisión y Monitoreo (USME) del MSPAS a desarrollar los lineamientos estratégicos que permitan organizar e implementar un sistema de supervisión y monitoreo de sus actividades. Además, se financiará la contratación de supervisores y gastos de movilidad para las DAS y el nivel central y se contratarán monitores distritales.
- 1.29 **Subcomponente 3.3. Establecimiento de compromisos de gestión.** Se financiará la asistencia técnica para la suscripción y el seguimiento de los compromisos de gestión<sup>49</sup> entre el MSPAS y las DAS, y entre éstas y sus distritos.
- 1.30 **Costo del programa<sup>50</sup>.** Esta primera operación tiene un costo total de US\$9.716.667, compuesto por un Tramo de Inversión (TI) de US\$5.830.000 financiado por el Fondo Mesoamericano de Salud (MHF) y por el Aporte Local (AL) del gobierno de US\$3.886.667. El Tramo de Desempeño (TD) asciende a US\$1.943.333 y se desembolsará una vez haya sido alcanzado el puntaje mínimo pactado con el Beneficiario para el cumplimiento de las metas establecidas en el Marco de Desempeño para la Primera Operación Individual

Descripción de los componentes	BID	Local	Total
1) Fortalecimiento de la oferta y calidad de los servicios de salud dirigida a la mujer y la niñez	3,604,175	3,886,667	7,490,843
2) Aumento en la demanda de servicios de salud	1.436.200		1.436.200
3) Supervisión, monitoreo y gestión	487.225		487.225
Administración y seguimiento	302,400		302,400
<b>Subtotal tramo de inversión</b>	<b>5.830.000</b>	<b>3.886.667</b>	<b>9.716.667</b>
<b>Subtotal tramo de desempeño</b>	<b>1,943,333</b>		<b>1,943,333</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7,773,333</b>	<b>3,886,667</b>	<b>11,660,000</b>

### C. Indicadores clave de la matriz de resultados

- 1.31 A continuación se presentan algunos ejemplos de indicadores<sup>51</sup> para el desembolso del tramo de desempeño<sup>52</sup>, incluidos en el [Plan de Seguimiento y Evaluación<sup>53</sup>](#).

- Actualización de los lineamientos estratégicos de suplementación con micronutrientes en niños menores de 5 años de acuerdo a la evidencia científica internacional.
- Porcentaje de distritos municipales que pueden acceder a datos y generan reportes regulares sobre vacunación, atención materna, neonatal e infantil.
- Porcentaje de partos que son atendidos en los CAP y CAIMI que cumplen con los protocolos de atención de acuerdo a la capacidad de resolución en el último año.

<sup>49</sup> Para un mayor detalle sobre los compromisos de gestión, véase el [Plan de Implementación](#) anexo.

<sup>50</sup> Estudio de Costos del paquete de evidencias de país.

<sup>51</sup> El listado de indicadores para el desembolso del TD se encuentra en el Marco de Desempeño (Anexo V).

<sup>52</sup> A los 18, 36 y 54 meses de ejecución del proyecto. Los desembolsos a 36 y 54 meses se refieren al segundo proyecto y al tercer proyecto respectivamente. Por el momento el Banco financiará únicamente el primer proyecto. La financiación de los otros dos proyectos depende de que el Beneficiario alcance el puntaje mínimo pactado en relación con las metas establecidas en el Marco de Desempeño de cada proyecto financiado, de que existan recursos disponibles y de que el proyecto respectivo sea aprobado por el comité de donantes de la MHF y por el Banco.

<sup>53</sup> Debido al corto tiempo de ejecución estipulado en las reglas de operación de la Iniciativa, al final de la primera operación (18 meses) se medirán únicamente indicadores de proceso y producto. De ser aprobadas las siguientes operaciones (36 y 54 meses) se esperará un cambio en indicadores de cobertura y estado de salud.

- Porcentaje de mujeres que recibieron atención institucional del parto con por lo menos 1 atributo de pertinencia cultural (posición, bebida, idioma, vestido).
- Porcentaje de neonatos nacidos en los últimos dos años con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejadas de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente.
- Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que tienen un valor de hemoglobina < 110 g/L.

## **II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS**

### **A. Instrumentos del financiamiento**

- 2.1 El instrumento de financiación del programa es una inversión no reembolsable. Según la política OP-219-1, las operaciones de financiamiento no reembolsable deberán demostrar el cumplimiento de los requisitos técnicos, económicos, financieros y de viabilidad ambiental. El programa se estructura en tres operaciones de 18 meses cada una. El Financiamiento se basará en Resultados (FBR) e incluye tres componentes: el TI, el AL y el TD. El TD se desembolsará una vez se alcance el puntaje mínimo pactado con el Beneficiario para el cumplimiento de las metas acordadas en la Matriz de Desempeño (Anexo V).

### **B. Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias**

- 2.2 EL programa ha sido clasificado como categoría “C”. El programa no contempla la construcción de infraestructura y no se esperan impactos ambientales y sociales negativos, según la Política de Salvaguardia de Medio Ambiente (OP-703) y la Política de Igualdad de Género en el Desarrollo (OP-270) del Banco. La Iniciativa SM2015 en Guatemala beneficia principalmente a poblaciones indígenas<sup>54</sup>, por lo tanto se respetará su autonomía, usos y costumbres. Las principales acciones de pertinencia cultural son: (i) inversión en CAP y CAIMI para adecuar interculturalmente el servicio dirigido a la madre y al neonato; y (ii) diseño e inclusión de módulos interculturales para el personal a cargo de dar consejería en planificación familiar y demás servicios de salud. Comunitariamente, se incluye el trabajo con redes y consejos sociales. A nivel institucional, se coordinarán las acciones con la Unidad de Salud de los Pueblos Indígenas del MSPAS.

### **C. Riesgos fiduciarios**

- 2.3 Se identificó un riesgo fiduciario medio determinado principalmente por la debilidad en el marco normativo de las adquisiciones públicas en Guatemala y sus discrepancias con las políticas del Banco. Para mitigar el riesgo se seguirán los procedimientos de adquisiciones del Banco, se exigirá un plan de adquisiciones, así como una supervisión de adquisiciones combinada ex ante y ex post.

### **D. Otros Riesgos**

- 2.4 El [análisis de riesgo del proyecto](#) presenta los riesgos identificados, su calificación y la medida de mitigación respectiva. En cuanto a la sostenibilidad de las inversiones, se buscarán mecanismos que permitan garantizar la adicionalidad

---

<sup>54</sup> En Guatemala, los pueblos indígenas representan el 42% de la población nacional (INE, 2002). En los municipios focalizados por la Iniciativa, la población indígena es superior al 80% de la población total del municipio.

de recursos para el sector salud y una mejor asignación del gasto en beneficio de las poblaciones más pobres. Para ello se promoverá el manejo de indicadores de monitoreo del gasto público; mecanismos de auditoría social; el vínculo del financiamiento con el logro de resultados y la institucionalización de intervenciones de probada efectividad, esquemas de incentivos y organización de servicios. Los resultados de las evaluaciones a ser desarrolladas por el programa, serán utilizados para sustentar el financiamiento y continuidad de las intervenciones que tengan alto impacto. El proyecto contempla además un compromiso de aporte de recursos locales que facilitará la consecución de las metas propuestas y la sostenibilidad de las inversiones. Adicionalmente, las intervenciones planteadas son costo eficientes como muestra la [evaluación económica ex ante](#) realizada para esta operación. En particular, el AIMN-C, suplementación con micronutrientes, la promoción de la demanda de planificación familiar y la atención de las emergencias obstétricas tienen una relación costo-beneficio favorable, lo que puede contribuir a la continuidad de las mismas.

### III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

#### A. Resumen de los arreglos para la implementación

- 3.1 **Organismo ejecutor.** El organismo ejecutor del programa será el MSPAS, a través del Viceministerio Técnico, con el apoyo de una UCP que tendrá la responsabilidad de la coordinación técnica, administrativa y financiera del programa. Las principales funciones de la UCP se definen en el Plan de Implementación y se especificarán en el Manual Operativo del Programa. La UCP será integrada por un equipo de profesionales contratados con recursos del préstamo 2328/BL-GU (GU-L1022) y/o de la Iniciativa SM2015 que se encargarán de la ejecución de ambas operaciones. Se definió como condición previa al primer desembolso: **se acuerde y se encuentre en vigencia el Manual de Operaciones del Programa, a satisfacción del Banco.** Como condiciones de ejecución de la operación se incluyeron las condiciones establecidas en las RO SM2015, los literales b. y c. párrafo 1.27 del Anexo I, de remitir anualmente, hasta dos (2) años después del desembolso del Tramo de Desempeño el reporte de gasto del MSPAS que identifique los recursos correspondientes al Tramo de Desempeño. Adicionalmente, el MSPAS remitirá anualmente, hasta dos (2) años después de la fecha de terminación del presente Convenio, el reporte del gasto ejecutado en el primer y segundo nivel de atención.
- 3.2 **Acuerdos Fiduciarios.** La gestión fiduciaria del programa será organizada y ejecutada en cumplimiento a la normativa del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF-SAG) y Guatecompras. El Banco desembolsará los recursos del tramo de inversión del programa únicamente bajo la modalidad de anticipo de fondos y el monto del anticipo estará determinado por las necesidades de liquidez del proyecto. Las adquisiciones de bienes y servicios, y la contratación de consultores correspondientes al tramo de inversión se realizarán de conformidad con las políticas del Banco (GN-2349-9 y GN-2350-9). Las políticas de adquisiciones y las políticas de consultores no se aplicarán al Componente 2,

Subcomponente 2.2 literal b y d, por no tratarse de la contratación y adquisición de obras, bienes y servicios diferentes de los de consultoría, ni de la selección y contratación de consultores, sino del pago de gastos de desplazamiento. El TD no contemplará la revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores. El programa contratará una firma de auditoría que se encargará de: (i) realizar la auditoría anual financiera; y (ii) la auditoría operativa semestral de carácter técnico para verificar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

## **B. Resumen de las medidas para el monitoreo de los resultados<sup>55</sup>**

- 3.3 **Monitoreo y seguimiento.** Los arreglos de seguimiento y evaluación del proyecto contemplan cuatro niveles: (i) monitoreo de la ejecución y el progreso de la operación mediante dos instrumentos: Tablero de Seguimiento y el Reporte de Monitoreo del Progreso y Desempeño (PMR); (ii) monitoreo del cumplimiento de metas para el desembolso del tramo de desempeño<sup>56</sup>, a los 18, 36 y 54 meses en una muestra aleatoria y representativa de hogares pertenecientes a los departamentos focalizados y en los servicios de salud<sup>57</sup>; (iii) monitoreo de indicadores generales de la implementación de SM2015 para comparación a nivel regional; y (iv) la generación de conocimiento sobre el impacto de los diferentes mecanismos innovadores que SM2015 utiliza en su implementación (evaluación de impacto).
- 3.4 **Evaluación de impacto.** Se realizará una evaluación de impacto utilizando un diseño cuasi experimental que analizará los efectos de: (i) incentivos a mujeres embarazadas, comadronas y comités de emergencia, así como la interacción entre ellos en la cobertura de servicios de salud materno-infantil; y (ii) actividades de promoción para mejorar la adherencia a micronutrientes en mujeres embarazadas. Además, se estudiará la efectividad del modelo de prestación de servicios a través de los compromisos de gestión a nivel de distritos y de áreas de salud, área clave del diálogo de políticas. Esta evaluación se hará con recursos propios de la Iniciativa y adicionales al programa. Se realizará un levantamiento de línea de base con seguimiento a los 36 y 54 meses<sup>58</sup>.
- 3.5 **Aprendizaje.** La Iniciativa SM2015 busca ser un agente favorecedor del aprendizaje, capaz de crear vínculos entre la generación de evidencia y su utilización para la toma de decisiones en políticas públicas a favor de las poblaciones más desfavorecidas. El [Plan de Implementación](#) de esta operación está dirigido a documentar, sistematizar, diseminar y utilizar las lecciones aprendidas y el conocimiento generado durante la planeación, implementación y evaluación de SM2015. Este proceso permitirá mejorar las siguientes operaciones, así como contribuir a la evidencia internacional.

---

<sup>55</sup> Ver [Plan de Seguimiento y Evaluación](#).

<sup>56</sup> El establecimiento de metas fue realizado junto con el MSPAS utilizando un modelo económico basado en un marco de costo beneficio, revisión de la literatura, experiencias internacionales, tendencia histórica de los indicadores e impacto de intervenciones específicas, así como cálculos de poder estadístico de la muestra a encuestar.

<sup>57</sup> Estas encuestas se realizarán con recursos propios de la Iniciativa y adicionales a la operación.

<sup>58</sup> A los 36 y 54 meses se hará si la segunda y la tercera operación individual son aprobadas.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
I. Alineación estratégica			
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID	Alineado		
Programa de préstamos	La intervención contribuye al (i) programa de préstamos para países pequeños y vulnerables, (ii) a la reducción de pobreza y promoción de la equidad y (iii) a la cooperación e integración		
Metas regionales de desarrollo	La intervención contribuye a reducciones en tasas de mortalidad materna e infantil.		
Contribución de los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)	La intervención contribuye a la población indígena recibiendo paquete básico de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país	Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2501	Los resultados del proyecto contribuyen al objetivo de la Estrategia de País de reducir la desnutrición crónica en municipios vulnerables.	
Matriz de resultados del programa de país	GN-2617	La intervención está incluida en el Documento de Programación del País 2011.	
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)			
II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	9.2		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución	9.4	25%	10
4. Análisis económico ex ante	10.0	25%	10
5. Evaluación y seguimiento	10.0	25%	10
6. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación	7.5	25%	10
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*	Medio		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	C		
III. Función del BID - Adicionalidad			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales (criterios de VPC/PDP)	Si	Tesorería, contabilidad y reportes, control externo y auditoría interna son utilizados, asó como los sistemas de información para adquisiciones.	
El proyecto usa otro sistema nacional para ejecutar el programa diferente de los indicados arriba			
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género	Si	Como elementos transversales se incorporan elementos de pertinencia cultural y género y se fortalece el sistema de monitoreo y supervisión en todos los niveles, incluyendo la auditoría social.	
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto			
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Si	La evaluación de impacto experimental busca estimar los impactos de (1) incentivos a mujeres embarazadas, comadronas y comités de emergencia , así como la interacción entre ellos sobre el aumento de los controles prenatales, el parto institucional, el control a la púérpera y el neonato y la referencia comunitaria de emergencias obstétricas y neonatales; (2) Actividades de promoción para mejorar la adherencia a micro-nutrientes en mujeres embarazadas (3) el fortalecimiento de prácticas con pertinencia cultural sobre la demanda de servicios de salud.	

Este es un proyecto con financiamiento no reembolsable para Guatemala parte de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, por lo que contribuye al programa de apoyo a países pequeños y vulnerables, así como a la reducción de la pobreza y la promoción de la equidad. El proyecto está alineado a con la estrategia del Banco en el país y está incluido en el documento de programación para 2011.

El documento describe los indicadores de salud materno-infantil en Guatemala, enfatizando tanto los altos niveles como el hecho que muchas de esas muertes ocurren en el contexto de parto no-institucional, y se presenta un diagnóstico riguroso de las causas de la muerte materno-infantil. Se describe también el sistema de salud, sus problemas de financiamiento y las barreras de acceso. Es en este contexto que la SM2015 provee valor agregado mediante la inclusión de medidas de probada eficacia. Con ello, se presenta un diagnóstico adecuado pues además de describir el problema identifica las causas.

El objetivo del programa está claramente definido. La matriz de resultados define adecuadamente indicadores de impacto y de resultados en distintas instancias. El análisis económico es adecuado y el proyecto cuenta con arreglos de monitoreo y evaluación adecuados, incluyendo evaluaciones experimentales de impacto para medir los impactos de las intervenciones y del esquema de incentivos así como los impactos del modelo fortalecido de atención a la niñez con base comunitaria. La matriz de riesgos está completa pero las medidas de mitigación carecen de indicadores de seguimiento.

### MATRIZ DE RESULTADOS

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** El objetivo de la operación SM2015 en Guatemala es contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil a través de una estrategia de atención de salud integral que mejore el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud materna, sexual y reproductiva, neonatal e infantil en 31 municipios pertenecientes a los Departamentos más pobres del país.

### INDICADORES DE IMPACTO

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>1</sup>	2013	2015	2016		
IMPACTO ESPERADO: Estado de salud y nutrición de las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de cinco años que viven en las regiones más pobres del país mejorado <sup>2</sup>							
Mortalidad materna	Razón (x 100.000 nacidos vivos)	88 <sup>3</sup>			73 <sup>4</sup>	Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna	Nivel Nacional
Mortalidad neonatal	Tasa (x 1.000 nacidos vivos)	17 <sup>5</sup>			14 <sup>4</sup>	Registros vitales, Encuestas Nacionales	Nivel Nacional
Mortalidad infantil	Tasa (x 1.000 nacidos vivos)	30 <sup>5</sup>			25 <sup>6</sup>	Registros vitales, Encuestas Nacionales (disponibles)	Nivel Nacional

<sup>1</sup> Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>2</sup> Los indicadores de impacto, serán evaluados únicamente al inicio y al final del tiempo total de duración de la Iniciativa.

<sup>3</sup> Estimación basada en análisis de series de datos disponibles a lo largo del tiempo realizada por el Institute of Health Metrics de la Universidad de Washington publicado en Hogan, MC et al. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 1609-1623.

<sup>4</sup> Meta calculada utilizando una tasa de descenso del 4% anual. Meta sugerida por el Institute of Health Metrics de la Universidad de Washington basada en análisis de tendencias publicados en Hogan, MC et al. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 1609-1623.

<sup>5</sup> Datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI, 2008/09).

<sup>6</sup> Meta calculada utilizando una tasa de descenso del 4% anual. Meta sugerida por el Institute of Health Metrics de la Universidad de Washington.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>1</sup>	2013	2015	2016		
Mortalidad en menores de cinco años	Tasa (x 1.000 nacidos vivos)	32 <sup>7</sup>			26 <sup>8</sup>	Registros vitales, Encuestas Nacionales	Nivel Nacional
Prevalencia de anemia en niños de 6-23 meses	%	* <sup>9</sup>			-15 PP <sup>10</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años	%	59 <sup>11</sup>			-5 PP <sup>10</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada

<sup>7</sup> Estimación basada en análisis de series de datos disponibles a lo largo del tiempo realizada por el Institute of Health Metrics de la Universidad de Washington.

<sup>8</sup> Meta calculadas utilizando una tasa de descenso del 4% anual. Meta sugerida por el Institute of Health Metrics de la Universidad de Washington.

<sup>9</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>10</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>11</sup> Datos reportados en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI, 2008/09) para población indígena.

**INDICADORES DE RESULTADO**

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>12</sup>	2013	2015	2016		
RESULTADO ESPERADO: Aumentar la cobertura, la calidad y el uso de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en 31 municipios pertenecientes a los Departamentos más pobres del país.							
Mujeres en edad reproductiva (15-49) <sup>13</sup> que actualmente utilizan (o cuya pareja utiliza) un método moderno de planificación familiar	%	42 <sup>14</sup>		3PP <sup>15</sup>	5PP <sup>15</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) <sup>12</sup> que no deseaban quedar embarazadas y que no estaban usando/no tenían acceso a métodos de planificación familiar	%	25 <sup>13</sup>		-4PP <sup>15</sup>	-7PP <sup>15</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron cuatro atenciones prenatales por médico o enfermera realizadas de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>16</sup> en su embarazo más reciente en los últimos dos años	%	* <sup>17</sup>		10PP <sup>15</sup>	20PP <sup>15</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>18</sup>	Área focalizada

<sup>12</sup> Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>13</sup> Mujeres sexualmente activas que no buscan embarazo, se excluyen mujeres con menopausia, histerectomía, vírgenes, embarazadas o desean quedar embarazadas

<sup>14</sup> Promedio de los datos de la ENSMI, 2008-09 para Huehuetenango y San Marcos.

<sup>15</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>16</sup> Normas de Atención en Salud vigentes definidas por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

<sup>17</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>18</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.



Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>12</sup>		2015	2016		
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente en los últimos dos años fue realizado en un servicio de salud para la atención del parto	%	31 <sup>19</sup>		7PP <sup>20</sup>	13PP <sup>20</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron cuidado de postparto por personal calificado <sup>21</sup> dentro de las primeras 48 horas después del parto más reciente en los dos últimos años	%	* <sup>22</sup>		5PP <sup>20</sup>	8PP <sup>20</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Mujeres que tuvieron parto institucional <sup>23</sup> que fueron, evaluadas cada 15 minutos en la primera hora y cada 30 minutos en la segunda hora post parto por personal calificado <sup>21</sup> y se registró en expediente clínicos al ser dadas de alta del hospital en su parto más reciente en los últimos dos años	%	* <sup>22</sup>		10PP <sup>20</sup>	20PP <sup>20</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>24</sup>	Área focalizada

<sup>19</sup> Porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta que fueron atendidos en establecimiento de salud. Promedio de los datos de la ENSMI, 2008-09. Promedio para Huehuetenango y San Marcos.

<sup>20</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>21</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal

<sup>22</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>23</sup> Parto ocurrido en un servicio de salud asignado por el MSPAS para la atención del parto.

<sup>24</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>12</sup>		2015	2016		
Partos atendidos en el servicio de salud adecuado para la atención de parto con manejo activo del tercer periodo que se haya registrado en el expediente clínico: se administró oxitocina intramuscular (10 UI) un minuto después del parto, se realizó masaje uterino y tracción y contra tracción del cordón en el parto más reciente durante los últimos dos años	%	* <sup>25</sup>		10PP <sup>26</sup>	20PP <sup>26</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>27</sup>	Área focalizada
Mujeres correctamente referidas por emergencia durante el parto de acuerdo al monitoreo del partograma en su parto más reciente en los dos últimos años	%	* <sup>25</sup>		10PP <sup>26</sup>	20PP <sup>26</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>27</sup>	Área focalizada
Partos atendidos en los CAPs y CAIMIs que cumplen con los protocolos de atención <sup>28</sup> definidos en el Manual de Operaciones de acuerdo a la capacidad de resolución en el último año	%	* <sup>25</sup>		30PP <sup>26</sup>	50PP <sup>26</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>27</sup>	Área focalizada

<sup>25</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>26</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>27</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>28</sup> Protocolos de atención.- Lineamientos que definen las acciones de los servicios de salud en programas específicos publicados por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas y aprobados por el despacho del Ministro de Salud.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>12</sup>		2015	2016		
Mujeres que recibieron atención institucional del parto <sup>29</sup> con por lo menos 1 atributo de pertinencia cultural (posición, bebida, idioma, vestido, acompañamiento) definido en el Manual de Operaciones	%	* <sup>30</sup>		20PP <sup>31</sup>	30PP <sup>31</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Madres que tuvieron un parto en los últimos dos años que pueden reconocer los signos de peligro en el recién nacido <sup>32</sup> más reciente	%	* <sup>30</sup>		10PP <sup>31</sup>	20PP <sup>31</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Neonatos que recibieron atención neonatal por personal calificado <sup>33</sup> en un servicio de salud dentro de las primeras 48 horas después del nacimiento durante los últimos dos años	%	* <sup>30</sup>		5PP <sup>31</sup>	8PP <sup>31</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Neonatos nacidos en los últimos dos años con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejadas de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>34</sup>	%	* <sup>30</sup>		10PP <sup>31</sup>	20PP <sup>31</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>35</sup>	Área focalizada

<sup>29</sup> Parto ocurrido en un servicio de salud para la atención del parto.

<sup>30</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>31</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>32</sup> Problemas de alimentación, actividad reducida, dificultad para respirar, fiebre, ataques o convulsiones, o se siente frío.

<sup>33</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal

<sup>34</sup> Normas de Atención en Salud vigentes definidas por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

<sup>35</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas	Metas o magnitud de cambio en PP	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>12</sup>		2015	2016		
Mujeres que tuvieron un parto en los últimos dos años y presentaron una complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y pre-eclampsia severa, eclampsia) manejada de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>36</sup>	%	* <sup>37</sup>		10PP <sup>38</sup>	20PP <sup>38</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>39</sup>	Área focalizada
Niños 0-59 meses identificados con vacunación completa para su edad <sup>40</sup>	%	85 <sup>41</sup>		4PP <sup>38</sup>	6PP <sup>38</sup>	Encuestas independientes de hogares (Cartilla de vacunación)	Área focalizada
Niños de 12 a 59 meses que recibieron dos dosis de tratamiento antiparasitario en el último año	%	* <sup>37</sup>		20PP <sup>38</sup>	30PP <sup>38</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Niños de 0 a 5 meses que durante el día anterior fueron alimentados exclusivamente con leche materna	%	52 <sup>42</sup>		4PP <sup>38</sup>	8PP <sup>38</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada
Niños de 6 a 23 meses incluidos en el programa que recibieron 60 paquetes de micronutrientes en polvo en el último semestre	%	15 <sup>43</sup>		36PP <sup>38</sup>	60PP <sup>38</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>39</sup>	Área focalizada
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO <sup>44</sup> y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas dos semanas	%	0		10PP <sup>38</sup>	15 PP <sup>38</sup>	Encuestas independientes de hogares	Área focalizada

<sup>36</sup> Normas de Atención en Salud vigentes definidas por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

<sup>37</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>38</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>39</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>40</sup> BCG, Hepatitis B, pentavalente, Haemophilus influenza, rotavirus, vacuna antineumocócica conjugada, sarampión, paperas y rubeola

<sup>41</sup> Promedio de los datos de la ENSMI, 2008-09 para Huehuetenango y San Marcos.

<sup>42</sup> Datos estimados por el Instituto Health Metrics de la Universidad de Washington.

<sup>43</sup> Datos administrativos del MSPAS.

<sup>44</sup> SRO = Sales de Rehidratación Oral.

### INDICADORES DE PRODUCTO<sup>45</sup>

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>46</sup>	2013		
Actualización de los lineamientos estratégicos de suplementación con micronutrientes en niños menores de cinco años a nivel nacional de acuerdo a la evidencia científica internacional	NA	NO	SI	Revisión externa de lineamientos estratégicos del MSPAS	Área focalizada
Niños de 0 a 23 meses que recibieron monitoreo del crecimiento de acuerdo a su edad, registrado en el cuaderno del niño y de la niña del MSPAS.	%	* <sup>47</sup>	6 PP <sup>48</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud. Registros del cuaderno del niño y de la niña de los servicios de salud del MSPAS	Área focalizada
Servicios de salud que cuentan con personal calificado <sup>49</sup> de atención directa en salud en emergencias obstétricas y neonatales de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de atención	%	* <sup>47</sup>	70	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>50</sup>	Área focalizada

<sup>45</sup> Estos indicadores serán únicamente medidos en la línea de base y a los 18 meses de haber iniciado la operación, es decir, en el 2011 y en el 2013.

<sup>46</sup> Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>47</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>48</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>49</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal

<sup>50</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>46</sup>	2013		
Distritos Municipales de Salud (DMS) que pueden acceder a datos y generan reportes regulares sobre vacunación, atención materna, neonatal e infantil (en los primeros 12 días del mes)	%	* <sup>51</sup>	70	Encuestas independientes de servicios de salud (Revisión de reportes y registros) <sup>52</sup>	Área focalizada
Áreas de salud <sup>53</sup> que cuentan con tablero de seguimiento piloteado de acuerdo a los lineamientos de supervisión y monitoreo contenidos en el Manual de Operaciones	Número	0	2	Revisión externa de los tableros de seguimiento piloteados	Área focalizada
Servicios de salud <sup>54</sup> que cuentan con equipo necesario para la atención prenatal (insumos y equipo definidos en el Manual de Operaciones de acuerdo con el nivel de atención)	%	* <sup>51</sup>	50	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>52</sup>	Área focalizada
Servicios de salud <sup>55</sup> habilitados para la atención del parto que cuentan con los insumos y el equipo necesarios para la emergencia obstétrica y neonatal, posparto y atención del neonato definidos en el Manual de Operaciones de de acuerdo con el nivel de atención	%	* <sup>51</sup>	50	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>52</sup>	Área focalizada

<sup>51</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>52</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>53</sup> Según la división geográfica establecida por el Sistema de Salud en Guatemala y correspondientes a las áreas beneficiarias de la Iniciativa.

<sup>54</sup> Servicios provistos por los equipos básicos a través del Programa de Extensión de Cobertura, Puestos de Salud, Centros de Salud, CAPs, CAIMIs, Hospitales Departamentales y Hospitales de Tercer Nivel.

<sup>55</sup> Servicios provistos por CAPs, CAIMIs, Hospitales Departamentales y Hospitales de Tercer Nivel.

Indicadores	Unidad de medida	Línea de base	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación	Observaciones
		2011 <sup>46</sup>	2013		
Servicios de salud <sup>56</sup> que cuentan con el equipo e insumo necesarios para la atención infantil (equipo de antropometría, sales de rehidratación oral, zinc, antihelmíntico, micronutrientes en polvo)	%	* <sup>57</sup>	50	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>58</sup>	Área focalizada
Servicios de salud <sup>57</sup> que registran desabastecimiento de las existencias de alguno de los cuatro de métodos (inyectables, orales, condón y DIU) de planificación familiar al momento de la entrevista, verificado a través de observación y de acuerdo a nivel de atención	%	* <sup>57</sup>	30	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>58</sup>	Área focalizada
Muertes maternas reportadas e investigadas de acuerdo al Protocolo de Vigilancia de la Mortalidad Materna vigente	%	* <sup>57</sup>	90	Revisión externa de los registros de muerte materna	Área focalizada
Comunidades elegibles <sup>59</sup> que cuentan con comités de emergencia activados a los que ha sido entregado anticipos del fondo rotatorio	%	* <sup>57</sup>	20	Encuestas externas	Área focalizada

<sup>56</sup> Servicios provistos por los equipos básicos a través del Programa de Extensión de Cobertura, Puestos de Salud, Centros de Salud, CAPs, CAIMIs, Hospitales Departamentales y Hospitales de Tercer Nivel.

<sup>57</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>58</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>59</sup> Los criterios para determinar la elegibilidad de las comunidades y los requisitos para desembolsar los anticipos serán definidos en el Manual de Operaciones.

## ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

**PAIS:** Guatemala

**PROYECTO:** GU-G1001

**NOMBRE:** *Iniciativa Salud Mesoamérica 2015*

**ORGANISMO EJECUTOR:** Ministerio de Salud Pública

**PREPARADO POR:** María Cecilia Del Puerto, Especialista en Adquisiciones

José Villatoro, Especialista Financiero

### I. Resumen Ejecutivo

El programa GU-L1001, será ejecutado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala, (MSPAS). El MSPAS ha sido un ejecutor recurrente del Banco en Guatemala con operaciones de fortalecimiento institucional y expansión de servicios de salud e infraestructura, entre otros. En consecuencia, el Ejecutor propuesto de la presente operación en preparación tiene experiencia en administrar operaciones de financiamiento del BID.

La gestión fiduciaria del programa será organizada y ejecutada en cumplimiento a la normativa del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF-SAG), el cual, según evaluación de gabinete realizada por el BID, presenta un nivel de riesgo medio, significando que es factible utilizar el sistema en los aspectos permitidos, tales como presupuesto, tesorería y contabilidad, no así el caso del control interno. Las principales debilidades del sistema están relacionadas a la generación de reportes, tal como el BID los acepta, además de la acumulación de cifras por la vida del proyecto.

En la evaluación PEFA realizada en el 2009, se reporta que el SFP de Guatemala, permite de manera aceptable utilizar los subsistemas de presupuesto, tesorería y contabilidad para administrar proyectos de inversión financiados por organismos externos. Como consecuencia de la evaluación realizada al Sistema de Adquisiciones de Guatemala, bajo la metodología OEDC/DAC, el mismo sólo es utilizable para las contrataciones financiadas con los recursos del Banco, como un mecanismo de publicidad de los procesos, a través del módulo correspondiente en GUATECOMPRAS.

### II. Contexto Fiduciario del Ejecutor

El SFP de Guatemala, está conformado por el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF-SAG), y Guatecompras. En materia de Gestión Financiera, el SIAF-SAG determina el marco legal, organizacional y técnico de acción de la gestión de las finanzas públicas de Guatemala. El sistema contiene de manera integrada los subsistemas de: presupuesto, tesorería y contabilidad, no así el subsistema de control, que no está integrado al mismo. Al estar integrada la gestión del presupuesto, tesorería y contabilidad, el sistema ofrece solidez y confiabilidad de información financiera, lo cual origina un riesgo fiduciario financiero bajo, siendo recomendable utilizar dichos subsistemas para apoyar la ejecución de operaciones financiadas por el BID al Sector Público no Financiero de Guatemala.

Con el fin de facilitar la ejecución financiera del proyecto dentro del ambiente del SIAF, en el diseño se están tomando acciones precisas que permitirán: a) vincular el cuadro de costos del proyecto con la estructura programática de presupuesto del SIAF; b) establecer que los recursos de programa se manejarán en la cuenta secundaria en dólares; c) en la rendición de cuentas de los desembolsos se utilizarán reportes directos del SICOIN; y d) las inversiones se acumularán en años independientes. Con estas acciones se evita continuar utilizando sistemas paralelos de administración financiera. En cuanto al subsistema de Control (SAG), al no estar integrado al resto de subsistemas, no es utilizado en la gestión de proyectos, por lo tanto se recurre a utilizar firmas auditoras privadas.



Por otra parte, Guatemala es un país de alto riesgo fiduciario en adquisiciones, la debilidad de la normativa local y el poco interés de las autoridades nacionales en fortalecer la capacidad fiduciaria de los organismos estatales, ha obligado a los organismos multilaterales y bilaterales a imponer la utilización de procedimientos propios para realizar las adquisiciones. El sistema electrónico de compras públicas (GUATECOMPRAS), se limita a ser un mecanismo de divulgación de procesos (anuncio, documentos y resultados), y no tiene ninguna fase transaccional. El BID utiliza el sistema GUATECOMPRAS exclusivamente como un mecanismo de publicación y en aceptación de la obligatoriedad del uso del sistema para tal efecto.

### **III. Evaluación de Riesgo Fiduciario y Acciones de Mitigación**

Como parte del diseño se ha realizado la evaluación de riesgo con la metodología GRP, la cual revela un riesgo fiduciario medio para el proyecto, determinado principalmente por el tema adquisiciones, debido a la debilidad en el marco normativo de las adquisiciones públicas en Guatemala y sus discrepancias con las políticas del Banco, los múltiples actores involucrados y la complejidad de las operaciones en áreas remotas y de difícil acceso.

Desde el punto de vista de gestión financiera, no se identifican riesgos, ya que de cumplir el proyecto con toda la normativa del SIAF, el nivel de riesgo es bajo.

### **IV. Aspectos a ser considerados en las Estipulaciones Especiales del Contrato.**

- a) El Banco desembolsará los recursos del programa únicamente bajo la modalidad de anticipo de fondos y el monto del anticipo estará determinado por las necesidades de liquidez del proyecto para cada seis meses, establecidas en el Plan Financiero Aprobado por ambas partes y que proviene del Plan de Ejecución del Proyecto (PEP).
- b) Los desembolsos se realizarán por intermedio de la Cuenta única del Tesoro y se creará una cuenta secundaria específica para el proyecto en dólares americanos.
- c) El tipo de cambio para la rendición de cuentas de los recursos del programa, será la tasa de cambio del día de la transacción reportada por el Banco de Guatemala.
- d) El Ejecutor presentará al Banco un Estado Financiero Auditado Final, dentro de los 120 días posteriores a la fecha final de desembolsos del programa, de conformidad con los TdRs ajustados al proyecto que serán aprobados por el Banco. Asimismo, dada la naturaleza del proyecto, será necesario presentar semestralmente un informe de auditoría operativa. El Auditor será una firma auditora independiente aceptable al Banco de Nivel I, que será seleccionada según procedimientos del Banco al respecto y se contratará por el período de ejecución del proyecto, además de estar vinculada a la ejecución del proyecto GU-L1022.
- e) La gestión financiera del programa será organizada y ejecutada en cumplimiento de las normas y procedimientos del SIAF, para lo cual el MSPAS hará todas las gestiones para cumplir con los procedimientos que el SIAF requiere para operar.
- f) Se preparará el presupuesto según la Ley Orgánica del Presupuesto, el cual debe reflejará las inversiones del proyecto por actividades, sub actividades y reglones de gasto correspondiente.
- g) Sera condición previa al primer desembolso mostrar al Banco evidencia que existe la asignación de espacio fiscal para el proyecto.

### **V. Acuerdos y requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones.**

#### **1. Ejecución de las Adquisiciones del tramo de inversión**

Las adquisiciones del proyecto, para los componentes I) y II) serán realizadas siguiendo lo establecido en las políticas GN-2349-9 y GN-2350-9 de abril de 2011 y ejecutadas bajo la responsabilidad del MSPAS.

- a) **Adquisiciones de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría:** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría<sup>1</sup> generados bajo el proyecto y sujetos a Licitación Pública Internacional (LPI) se ejecutarán utilizando los Documentos Estándar de Licitaciones (DELS) emitidos por el Banco. Las licitaciones sujetas a Licitación Pública Nacional (LPN) se ejecutarán usando Documentos Armonizados de Licitación Nacional acordados con el Gobierno de Guatemala. La revisión de los procesos de adquisiciones, especialmente las especificaciones técnicas será responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.
- b) **Selección y Contratación de Consultores:** Los contratos de Servicios de Consultoría generados bajo el proyecto se ejecutarán utilizando la Solicitud Estándar de Propuestas (SEPs) emitida o acordada con el Banco. La revisión de los procesos de adquisiciones, especialmente los TORs para la contratación de servicios de consultoría será responsabilidad del especialista sectorial del proyecto.
- c) **Selección de los Consultores Individuales:** Cuando corresponda la contratación de consultores individuales, se seleccionarán y contratarán mediante la conformación de listas cortas de individuos calificados.
- d) Las políticas de adquisiciones y las políticas de consultores no se aplicarán al Componente 2, Aumento en la demanda de servicios de salud, Subcomponente 2.2, Introducción de mecanismos comunitarios para búsqueda de atención del parto institucional literal b (Activación de los comités locales de emergencia) y d (Mecanismos para estimular la demanda de control prenatal, parto institucional y atención al recién nacido), por no tratarse de la contratación y adquisición de obras, bienes y servicios diferentes de los de consultoría, ni de la selección y contratación de consultores, sino del pago de gastos de desplazamiento.

## 2. Adquisiciones para el tramo de desempeño

El tramo de desempeño no contemplará la revisión de las adquisiciones de bienes y servicios y contratación de consultores

## 3. Montos Límites Aplicables al Proyecto

Los Montos Límites recomendados para la operación, a nivel de publicidad internacional son congruentes con los establecidos por VPC/PDP para Guatemala y a nivel de publicidad nacional los límites establecidos están acordes a los límites establecidos en operaciones anteriormente financiadas para el MINFIN.

**Tabla de Montos Límites (miles US\$)**

Publicidad Internacional Obras	Comparación de Precios (Obras)	Publicidad Internacional Bienes <sup>2</sup>	Comparación de Precios (Bienes)	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta 100% Nacional	Limite para Revisión Ex-Post
Mayor o Igual a US\$ 1,500,00	Menor a US\$ 150,000	Mayor o Igual a US\$ 150,000	Menor a US\$ 25,000	Mayor o igual a US\$ 200,000	Menor a US\$ 200,00	Procesos por debajo de limite internacional

### Notas:

1. Todas las LPI y LPN para obras y bienes y todos los procesos de selección de firmas consultoras se deben realizar bajo modalidad ex ante por parte del Banco, hasta que se pueda evaluar la capacidad de cada Ente Ejecutor, oportunidad en la cual se podrá modificar lo antedicho. Para los casos de comparación de precios de obras y bienes, y selección de consultores individuales; los mismos podrán ser ex post, luego de que el primer proceso de cada caso, haya sido revisado de manera ex ante.

2. En los procesos de adquisición de obras menores a USD150 mil (Comparación de Precios), se deberá poner particular atención a que la adjudicación se realiza sobre la base del menor precio ofertado, sin consideraciones adicionales.

<sup>1</sup> Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (GN-2349-9) párrafo 1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

<sup>2</sup> Incluye Servicios Diferentes de Consultoría.

3. Considerando lo anterior, la supervisión recomendada para el proyecto requiere que las visitas de inspección al OE se lleven a cabo cada 6 meses para las revisiones ex-post de las adquisiciones. Los reportes de revisión ex-post incluirán al menos una visita de inspección física<sup>3</sup>, seleccionando entre los procesos de adquisiciones sujetos a la revisión ex-post. (No menos de un 10% de los contratos revisados debe inspeccionarse físicamente)

#### **4. Plan de Adquisiciones Inicial (PAI)**

Para acceder al PAI 18 meses, hacer click en [Plan de Adquisiciones](#).

#### **Supervisión de Adquisiciones**

La supervisión de las adquisiciones, planes de adquisiciones, actualizaciones de planes de adquisiciones y GRP, es responsabilidad del Jefe de Equipo de proyecto.

#### **5. Registros y Archivos**

El MSPAS será el encargado de mantener los archivos y registros del proyecto. Los consultores de apoyo en las adquisiciones del programa deberán de responder al MSPAS para asegurar el fortalecimiento institucional del mismo en materia de adquisiciones, así como la integridad de los procesos. Se recomienda que el MSPAS documente los flujos de trabajo internos y anexe dichos flujos al Reglamento Operativo del proyecto.

#### **VI. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución Financiera**

La administración financiera del sector público no financiero de Guatemala está organizada y normada por el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), el cual integra los sistemas de presupuesto, contabilidad, tesorería y crédito público, mediante un conjunto común de reglas y procedimientos. Su premisa básica es la centralización normativa por el Ministerio de Finanzas y la descentralización operativa, por las entidades ejecutoras a través de unidades institucionales de administración financiera (UDAF) constituidas por Ley. El SIAF, como herramienta única de gestión del uso de los recursos públicos, posee todos los manuales y procedimientos necesarios que permiten a los usuarios desarrollar de manera adecuada las funciones presupuestarias, contables y de tesorería, garantizando confiabilidad en el sistema de registros e información.

Dadas las características confiables del SIAF, los **recursos del programa GU-L1001 serán administrados con los mismos principios, procedimientos del SIAF**, en consecuencia no se utilizarán sistemas paralelos para la administración del proyecto.

#### **Gestión de Presupuesto:**

La gestión del presupuesto nacional está normado por la Ley Orgánica del Presupuesto. El programa contemplará que desde el diseño, las categorías de inversión (componentes) del proyecto establecidas en el Cuadro de Gasto, estén vinculadas a conceptos equivalentes en la estructura de clasificación presupuestaria del SIAF, luego, en base a la definición del alcance de cada componente del proyecto, se identificarán las sub-actividades y los respectivos reglones de gasto contemplados en las mismas, de conformidad con el Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Sector Público de Guatemala. Como parte de las condiciones previas, se ha acordado que se prepare e ingrese el presupuesto 2012 en el SICOIN en el módulo de Formulación. Para cada año de ejecución la Unidad Ejecutora preparará el presupuesto del programa de acuerdo a los lineamientos de la Ley Orgánica del Presupuesto.

#### **Tesorería:**

Los recursos del programa se depositarán en la cuenta secundaria del proyecto, la cual se abrirá dentro de la Cuenta Única de la Dirección de Tesorería. Con el fin de obtener reportes del SICOIN en USD dólares y evitar pérdida cambiaria, la cuenta secundaria del proyecto se aperturará en USD dólares. El Ejecutor mantendrá continuamente un estado de conciliación de cuenta actualizado.

#### **Contabilidad:**

---

<sup>3</sup> La inspección verifica la existencia de las adquisiciones, dejando la verificación de la calidad y cumplimiento de especificaciones al especialista sectorial.

La contabilidad del programa se manejará por intermedio del SICOIN, el cual será la fuente única de información del uso de los fondos del programa. La Unidad Ejecutora deberá dar estricto cumplimiento a la normativa del SICOIN. No será necesario preparar un plan de cuentas especial para el programa, sino que la UCP creará la estructura de gastos dentro del SICOIN. Los informes que preparará el proyecto son: conciliación mensual de fondos de la cuenta única del proyecto, análisis de ejecución del presupuesto, detalle de pagos periódicos, ejecución anual, detalle de contratos y su estado (consulta), cuotas presupuestarias asignadas, y otros. Toda la documentación de soporte de las transacciones de pagos realizadas con financiamiento del proyecto, quedará en los archivos de la Unidad Ejecutora. Tomando en cuenta la solidez del sistema, la supervisión de las transacciones se realizará a puntos de control específicos del proceso, se utilizará las conciliaciones mensuales de la cuenta única como herramienta de supervisión, y asimismo, se tendrá acceso a consultar en el sistema el estado de cualquier contrato y todo el movimiento financiero de las categorías de inversión realizadas con cargo al programa.

Todas las transacciones serán convertidas utilizando el tipo de cambio del día de la transacción que reporta el banco de Guatemala.

#### **Control y Auditoría:**

Por Ley la Contraloría General de Cuenta audita la gestión de los fondos públicos. Sin embargo dada la debilidad institucional de la CGC, el Banco no acepta que la auditoría de los proyectos sea realizada por la CGC. En consecuencia, el programa contratará una firma auditora externa, clasificada como nivel I en el Banco, para realizar la auditoría del programa según los TdR's ajustados al programa, que incluirá una auditoría financiera para el programa y además una operativa semestral de carácter técnico para verificar la calidad de la prestación de los servicios de salud, así como para validar la información de los censos de población beneficiaria. El período de contratación de la firma auditora será por la duración del proyecto. Los informes semestrales deberán ser presentados al Banco 30 días después de finalizado el ejercicio semestral y el informe financiero final será presentado 120 días posteriores a la fecha final de desembolso.

#### **Flujo de fondos:**

Los fondos del programa seguirán un flujo de proceso establecido por el Ministerio de Finanzas, en el Manual de Procedimientos para la Administración de cuentas de depósitos monetarios y otras modalidades de ejecución financiadas con recursos provenientes de Organismos Multilaterales y Bilaterales de Inversión, aprobado por Acuerdo Ministerial No. 59-2007. El Banco desembolsará recursos al programa únicamente bajo la modalidad de Anticipo de Fondos. El depósito se realizará a la cuenta Única del Tesoro, subcuenta del programa en dólares. En base al Plan Financiero (PF), que es parte del PEP del programa

#### **Rendición de Cuentas:**

La UE realizará los pagos correspondientes y a medida acumula el equivalente al 50% de uso de fondos del anticipo recibido y en base las próximas necesidades de recursos del programa, procederá a preparar la rendición de cuentas al BID, para lo cual únicamente imprime el movimiento diario de tesorería del SICOIN y la conciliación de la cuenta única, que junto al formato de solicitud de desembolso explica el monto a justificar del saldo recibido. La solicitud se remite a la Tesorería Nacional para su visto bueno y luego al BID para su trámite. La documentación de soporte de cada pago quedará archivada en la oficina de la UE. En todo caso, los documentos de soporte deberán conservarse debidamente archivados por un período mínimo de tres años posteriores a la finalización de desembolsos del programa. EL Ejecutor debe garantizar el acceso a los auditores externos del proyecto y funcionarios del Banco que realicen auditorías y revisiones de rutina, respectivamente.

#### **Modalidades de desembolso:**

Los desembolsos se realizarán utilizando la Modalidad de Anticipo de Fondos, el valor del anticipo estará determinado por el monto de recursos que el programa necesite para operar durante los próximos seis meses según el Plan Financiero del proyecto. Los desembolsos de anticipos tomarán en cuenta el monto requerido en el PF de los siguientes 6 meses y el saldo de la conciliación de la cuenta única. La solicitud estará respaldada por: la conciliación de la cuenta única y PF. Además, el programa no contempla el Reembolso de Pagos Hecho, en concepto de reconocimiento de gastos. Tampoco incluye la modalidad de pagos directos a proveedor, en razón que el sistema SIAF lo permite.

**Supervisión de la gestión financiera:**

Se llevará a cabo aplicando la modalidad de revisión posterior, planificando al menos tres visitas de supervisión anual, una de ellas en oficina central y dos a nivel regional en los municipios participantes.

### Marco de Desempeño

#### Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 18 meses<sup>1</sup>

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>2</sup>	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación
Actualización de los lineamientos estratégicos de suplementación con micronutrientes en niños menores de cinco años a nivel nacional de acuerdo a la evidencia científica internacional	NA	0,091	NO	SI	Revisión externa de lineamientos estratégicos del MSPAS
Niños de 0 a 23 meses que recibieron monitoreo del crecimiento de acuerdo a su edad, registrado en el cuaderno del niño y de la niña del MSPAS	%	0,091	* <sup>3</sup>	6 PP <sup>4</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud. Registros del cuaderno del niño y de la niña de los servicios de salud del MSPAS
Servicios de salud que cuentan con personal de atención directa en salud capacitado en emergencias obstétricas y neonatales de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de atención	%	0,091	* <sup>3</sup>	70	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>5</sup>
Distritos Municipales de Salud (DMS) que pueden acceder a datos y generan reportes regulares sobre vacunación, atención materna, neonatal e infantil (en los primeros 12 días del mes) en el marco de la implementación de la Ley de Maternidad Saludable	%	0,091	* <sup>3</sup>	70	Encuestas independientes de servicios de salud (Revisión de reportes y registros) <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Debido al corto tiempo de ejecución estipulado en las reglas de operación de la Iniciativa, al final de la primera operación (18 meses) se medirán únicamente indicadores de proceso y producto. De ser aprobadas las siguientes operaciones (36 y 54 meses) se esperará un cambio en indicadores de cobertura y estado de salud.

<sup>2</sup> Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>3</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>4</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>5</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>2</sup>	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación
Áreas de salud <sup>6</sup> que cuentan con tablero de seguimiento piloteado de acuerdo a los lineamientos de supervisión y monitoreo contenidos en el Manual de Operaciones (MO)	Áreas de salud	0,091	0	2	Revisión externa de los tableros de seguimiento piloteados
Servicios de salud <sup>7</sup> que cuentan con equipo necesario para la atención prenatal (insumos y equipos definidos en el Manual de Operaciones de acuerdo al nivel de atención)	%	0,091	* <sup>8</sup>	50	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>9</sup>
Servicios de salud <sup>10</sup> habilitados para la atención del parto que cuentan con los insumos y el equipo necesarios para la emergencia obstétrica y neonatal, posparto y atención del neonato definidos en el Manual de Operaciones de d acuerdo con el nivel de atención	%	0,091	* <sup>8</sup>	50	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>9</sup>
Servicios de salud <sup>7</sup> que cuentan con el equipo e insumo necesarios para la atención infantil (equipo de antropometría, sales de rehidratación oral, zinc, antihelmíntico, micronutrientes en polvo)	%	0,091	* <sup>8</sup>	50	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>9</sup>

<sup>6</sup> Según la división geográfica establecida por el Sistema de Salud en Guatemala y correspondientes a las áreas beneficiarias de la Iniciativa

<sup>7</sup> Servicios provistos por los equipos básicos a través del Programa de Extensión de Cobertura, Puestos de Salud, Centros de Salud, CAPs, CAIMIs, Hospitales Departamentales y Hospitales de Tercer Nivel.

<sup>8</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>9</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>10</sup> Servicios provistos por CAPs, CAIMIs, Hospitales Departamentales y Hospitales de Tercer Nivel.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>2</sup>	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación
Servicios de salud <sup>11</sup> que registran desabastecimiento de las existencias de alguno de los cuatro métodos (inyectables, orales, condón y DIU) de planificación familiar al momento de la entrevista, verificado a través de observación y de acuerdo a nivel de atención	%	0,091	* <sup>12</sup>	30	Encuestas independientes de servicios de salud (Verificación directa de insumos) <sup>13</sup>
Muertes maternas reportadas e investigadas de acuerdo al Protocolo de Vigilancia de la Mortalidad Materna vigente	%	0,091	* <sup>12</sup>	90	Revisión externa de los registros de muerte materna
Comunidades elegibles <sup>14</sup> que cuentan con comités de emergencia a los que ha sido entregado anticipos del fondo rotatorio	%	0,091	* <sup>12</sup>	20	Encuestas externas

<sup>11</sup> Servicios provistos por los equipos básicos a través del Programa de Extensión de Cobertura, Puestos de Salud, Centros de Salud, CAPs, CAIMIs, Hospitales Departamentales y Hospitales de Tercer Nivel.

<sup>12</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>13</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>14</sup> Los criterios para determinar la elegibilidad de las comunidades y los requisitos para desembolsar los anticipos serán definidos en el Manual de Operaciones.



**Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 36 meses<sup>15</sup>**

<b>Indicador</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Peso</b>	<b>Línea de base<sup>16</sup></b>	<b>Metas o magnitud de cambio en PP</b>	<b>Fuente de verificación</b>
Niños de 6 a 23 meses incluidos en el programa que recibieron 60 paquetes de micronutrientes en polvo en el último semestre	%	0,1	15	36 PP <sup>17</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud
Partos atendidos en los CAPs y CAIMIs que cumplen con los protocolos de atención <sup>18</sup> definidos en el Manual de Operaciones de acuerdo a la capacidad de resolución en el último año	%	0,1	* <sup>19</sup>	30 PP <sup>17</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>20</sup>
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente en los últimos dos años fue realizado en un servicio de salud para la atención del parto	%	0,1	31	7 PP <sup>17</sup>	Encuestas independientes de hogares
Neonatos que recibieron atención neonatal por personal calificado <sup>21</sup> en un servicio de salud dentro de las primeras 48 horas después del nacimiento durante los últimos dos años	%	0,1	* <sup>19</sup>	5 PP <sup>17</sup>	Encuestas independientes de hogares

<sup>15</sup> Los desembolsos a 36 y 54 meses se refieren al segundo proyecto y al tercer proyecto respectivamente. Por el momento el Banco financiará únicamente el primer proyecto. La financiación de los otros dos proyectos depende de que el Beneficiario alcance el puntaje mínimo pactado en relación con las metas establecidas en el Marco de Desempeño de cada proyecto financiado, de que existan recursos disponibles y de que el proyecto respectivo sea aprobado individualmente por el comité de donantes de la MHF y por el Banco, es decir, que el seguimiento a los 36 y 54 meses se realizará únicamente si la segunda y la tercera operación individual son aprobadas.

<sup>16</sup> Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>17</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>18</sup> Protocolos de atención.- Lineamientos que definen las acciones de los servicios de salud en programas específicos publicados por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas y aprobados por el despacho del Ministro de Salud.

<sup>19</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>20</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>21</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>16</sup>	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron cuidado de postparto por personal calificado <sup>22</sup> dentro de las primeras 48 horas después del parto más reciente en los dos últimos años	%	0,1	* <sup>23</sup>	5 PP <sup>24</sup>	Encuestas independientes de hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que no desean quedar embarazadas y que no tienen acceso a métodos de planificación familiar	%	0,1	25	-4 PP <sup>24</sup>	Encuestas independientes de hogares
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO <sup>25</sup> y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas dos semanas	%	0,1	0	10 PP <sup>24</sup>	Encuestas independientes de hogares
Mujeres que tuvieron un parto en los últimos dos años y presentaron una complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y pre-eclampsia severa, eclampsia) manejada de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>26</sup>	%	0,1	* <sup>23</sup>	20 PP <sup>24</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>27</sup>
Mujeres que recibieron atención institucional del parto <sup>28</sup> con por lo menos 1 atributo de pertinencia cultural (posición, bebida, idioma, vestido, acompañamiento) definido en el Manual de Operaciones	%	0,1	* <sup>23</sup>	20 PP <sup>24</sup>	Encuestas independientes de hogares
Neonatos nacidos en los últimos dos años con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejadas de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>26</sup>	%	0,1	* <sup>23</sup>	15 PP <sup>24</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>27</sup>

<sup>22</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal.

<sup>23</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>24</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>25</sup> SRO = Sales de Rehidratación Oral.

<sup>26</sup> Normas de Atención en Salud vigentes definidas por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

<sup>27</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>28</sup> Parto ocurrido en un servicio de salud asignado para la atención del parto.

**Indicadores para desembolso del tramo de desempeño a los 54 meses<sup>29</sup>**

<b>Indicador</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Peso</b>	<b>Línea de base<sup>30</sup></b>	<b>Metas o magnitud de cambio en PP</b>	<b>Fuente de verificación</b>
Niños de 6 a 23 meses de edad que tienen un valor de hemoglobina < 110 g/L <sup>31</sup>	%	0,1	15	-15 PP <sup>32</sup>	Encuestas independientes de hogares
Partos atendidos en los CAPs y CAIMIs que cumplen con los protocolos de atención <sup>33</sup> definidos en el Manual de Operaciones de acuerdo a la capacidad de resolución en el último año	%	0,1	* <sup>34</sup>	50 PP <sup>32</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>35</sup>
Mujeres en edad reproductiva (15-49) cuyo parto más reciente en los últimos dos años fue realizado en un servicio de salud para la atención del parto	%	0,1	31	13 PP <sup>32</sup>	Encuestas independientes de hogares
Neonatos que recibieron atención neonatal por personal calificado <sup>36</sup> en un servicio de salud dentro de las primeras 48 horas después del nacimiento durante los últimos dos años	%	0,1	* <sup>34</sup>	8 PP <sup>32</sup>	Encuestas independientes de hogares

<sup>29</sup> Los desembolsos a 36 y 54 meses se refieren al segundo proyecto y al tercer proyecto respectivamente. Por el momento el Banco financiará únicamente el primer proyecto. La financiación de los otros dos proyectos depende de que el Beneficiario alcance el puntaje mínimo pactado en relación con las metas establecidas en el Marco de Desempeño de cada proyecto financiado, de que existan recursos disponibles y de que el proyecto respectivo sea aprobado individualmente por el comité de donantes de la MHF y por el Banco, es decir, que el seguimiento a los 36 y 54 meses se realizará únicamente si la segunda y la tercera operación individual son aprobadas.

<sup>30</sup> Los datos de línea de base han sido estimados utilizando encuestas poblacionales con los datos más recientes disponibles y serán actualizados los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>31</sup> Prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses de edad.

<sup>32</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>33</sup> Protocolos de atención.- Lineamientos que definen las acciones de los servicios de salud en programas específicos publicados por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas y aprobados por el despacho del Ministro de Salud.

<sup>34</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>35</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>36</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal.

Indicador	Unidad de medida	Peso	Línea de base <sup>30</sup>	Metas o magnitud de cambio en PP	Fuente de verificación
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que recibieron cuidado de postparto por personal calificado <sup>37</sup> dentro de las primeras 48 horas después del parto más reciente en los dos últimos años	%	0,1	* <sup>38</sup>	8 PP <sup>39</sup>	Encuestas independientes de hogares
Mujeres en edad reproductiva (15-49) que no desean quedar embarazadas y que no tienen acceso a métodos de planificación familiar.	%	0,1	25	- 7 PP <sup>39</sup>	Encuestas independientes de hogares
Madres que dieron a sus niños de 0 a 59 meses SRO <sup>40</sup> y zinc en el último episodio de diarrea en las últimas dos semanas	%	0,1	0	15 PP <sup>39</sup>	Encuestas independientes de hogares
Mujeres que tuvieron un parto en los últimos dos años y presentaron una complicación obstétrica (hemorragia, sepsis y pre-eclampsia severa, eclampsia) manejada de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>41</sup>	%	0,1	* <sup>38</sup>	40 PP <sup>39</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>42</sup>
Mujeres que recibieron atención institucional del parto <sup>43</sup> con por lo menos 1 atributo de pertinencia cultural (posición, bebida, idioma, vestido, acompañamiento) definido en el Manual de Operaciones	%	0,1	* <sup>38</sup>	30 PP <sup>39</sup>	Encuestas independientes de hogares
Neonatos nacidos en los últimos dos años con complicaciones (prematurez, bajo peso, asfixia y sepsis) manejadas de acuerdo a la Norma de Atención en Salud vigente <sup>41</sup>	%	0,1	* <sup>38</sup>	35 PP <sup>39</sup>	Encuestas independientes de servicios de salud <sup>42</sup>

<sup>37</sup> Médico, enfermera o auxiliar materno-neonatal

<sup>38</sup> Datos no disponibles. Se actualizará con los datos obtenidos de las encuestas independientes de línea de base.

<sup>39</sup> Las metas establecidas se han calculado en base a la magnitud del cambio esperado. PP = Puntos porcentuales.

<sup>40</sup> SRO = Sales de Rehidratación Oral.

<sup>41</sup> Normas de Atención en Salud vigentes definidas por el Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas.

<sup>42</sup> Las encuestas independientes de servicios de salud incluyen la revisión de registros.

<sup>43</sup> Parto ocurrido en un servicio de salud asignado para la atención del parto.

# INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2015

## GU-G1001

### CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que esta operación de inversión no reembolsable fue aprobada para financiamiento por el Fondo Mesoamericano de Salud (MHF por sus siglas en inglés) en la reunión del Comité de Donantes del día 26 de octubre de 2011 y que se reflejan en las Minutas de dicho Comité (MHF/DC/Minutes 004-2011), y conforme lo estipulado en el Reglamento Operativo.

Igualmente, certifico que existen recursos disponibles en el MHF, hasta la suma de US\$7.773.333 (siete millones setecientos setenta y tres mil trescientos treinta y tres dólares estadounidenses) para financiar las actividades descritas y presupuestadas en este documento. Este monto se divide en (i) US\$5.830.000 (cinco millones ochocientos treinta mil dólares estadounidenses) para cubrir el Tramo de Inversión y (ii) US\$1.943.333 (un millón novecientos cuarenta y tres mil trescientos treinta y tres dólares estadounidenses) para cubrir el Tramo de Desempeño sujeto a que se cumplan las metas preestablecidas para su desembolso.

La reserva de recursos representada por esta certificación es válida por un periodo de doce (12) meses calendario contados a partir de la fecha de firma de esta certificación. Si el proyecto no fuese aprobado por el BID dentro de ese plazo, los fondos reservados se considerarán liberados de compromiso, requiriéndose la firma de una nueva certificación para que se renueve la reserva anterior. El compromiso y desembolso de los recursos correspondientes a esta certificación sólo debe ser efectuado por el Banco en dólares estadounidenses. Esta misma moneda será utilizada para estipular la remuneración y pagos a consultores, a excepción de los pagos a consultores locales que trabajen en su propio país, quienes recibirán su remuneración y pagos contratados en la moneda de ese país. No se podrá destinar ningún recurso del Fondo para cubrir sumas superiores al monto certificado para la implementación de este Programa. Montos superiores al certificado pueden originarse de compromisos estipulados en contratos que sean denominados en una moneda diferente a la moneda del Fondo, lo cual puede resultar en diferencias cambiarias de conversión de monedas sobre las cuales el Fondo no asume riesgo alguno.

*(Original firmado)*

**11/30/2011**

---

Marguerite S. Berger  
Jefe

---

Fecha

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento  
VPC/GCM