



# Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios de Salud y Nutrición Fase I

(GU-L1022 - 2328/BL-GU)

## Informe de Terminación de Proyecto (PCR)

*Equipo de Proyecto Original: Nohora Alvarado (SPH/CGU); Ariadna García Prado (SCL/SPH) Jefas de Equipo; Isabel Nieves (SCL/SPH); Miguel Coronado (LEG/SGO); Julián Cristia (RES/RES); Rita Sorio (SPH/GBR); Hugo Us (GDI/CGU); Juan Carlos Martell (CID/CGU); José Villatoro (CID/CGU); Carolina Chacón (CID/CGU); y Martha Guerra (SCL/SPH).*

*Equipo PCR: Ignacio Astorga (SPH/CGU) Jefe de Equipo; Cecilia Vidal (SPD/SDV); Adela Arreaga (CID/CGU); Irene Flores (Consultora); Gisele Texeira (CID/CGU); Matilde Neret (SCL/SPH) e Isabel Delfs (SCL/SPH).*

## Índice

Links Electrónicos .....	ii
<b>Enlaces electrónicos opcionales .....</b>	<b>ii</b>
INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO .....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. CRITERIOS CENTRALES. RENDIMIENTO DEL PROYECTO .....	3
II.1 Relevancia .....	3
a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país.....	3
b. Alineación estratégica .....	4
c. Relevancia del diseño .....	5
Tabla 1. Matriz de resultados (En aprobación, elegibilidad + 60 días, al cierre).....	11
II.2 Efectividad .....	16
a. Resultados logrados .....	16
b. Análisis contrafactual .....	23
c. Resultados imprevistos .....	26
II.3 Eficiencia.....	26
II.4 Sostenibilidad.....	29
a. Aspectos generales de sostenibilidad .....	29
b. Salvaguardas ambientales y sociales.....	30
III. CRITERIOS NO CENTRALES.....	31
III.1 Desempeño del Banco .....	31
III.2 Desempeño del Prestatario .....	31
IV. Hallazgos y recomendaciones .....	33

## Links Electrónicos

1. [Resumen de la Matriz de Efectividad del Desarrollo \(DEM\)](#)
2. [Versión final del Informe de seguimiento de proyecto \(PMR\)](#)
3. [Lista de verificación PCR](#)
4. [Cambios a la Matriz de Productos](#)

## Enlaces electrónicos opcionales (EEO)

1. [Informe de análisis costo beneficio ex post](#)
2. [Actas del Taller de Cierre del proyecto](#)
3. [Análisis Contrafactual](#)

## Acrónimos y abreviaturas

AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria
APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
EP	Estrategia del Banco con Guatemala
GMI	Grupos Móviles Institucionales
GOGU	Gobierno de Guatemala
MIFAPRO	Mi Familia Progresá
MIS	Modelo Incluyente en Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
PEC	Plan de Extensión de Cobertura
POD	Documento de la Operación
PNE	Plan Nacional Esperanza
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SIGSA	Sistemas de Información Gerencial en Salud
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
UE	Unidad Ejecutora
UEPPS	Unidad Especial para la Ejecución de Proyectos y Programas en Salud

## INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROYECTO

NÚMERO (S) DE PROYECTO: GU-L1022  
 TÍTULO: MEJORAMIENTO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN FASE I  
 INSTRUMENTO DE PRÉSTAMO: PRÉSTAMO PARA PROGRAMA DE FASES MÚLTIPLES (PFM)  
 PAÍS: GUATEMALA  
 PRESTATARIO: REPÚBLICA DE GUATEMALA  
 PRÉSTAMO (S): 2328/BL-GU  
 SECTOR / SUBSECTOR: SALUD

FECHA DE APROBACIÓN POR EL DIRECTORIO: JUN-08-2010  
 FECHA DE EFECTIVIDAD DEL CONTRATO DE PRÉSTAMO: NOV-14-2012  
 FECHA DE ELEGIBILIDAD PARA EL PRIMER DESEMBOLSO: SEP-16-2013<sup>1</sup>  
 FECHA DE CO: DEC-29-2018

### MONTO (S) DEL PRÉSTAMO

CANTIDAD ORIGINAL: US\$35.000.000  
 CANTIDAD ACTUAL: US\$26.741.062  
 PARI PASSU: No APLICA  
 COSTO TOTAL DEL PROYECTO: 35.000.000

### MESES EN EJECUCIÓN

DE APROBACIÓN: 100  
 DE LA EFECTIVIDAD DEL CONTRATO: 70

### PERIODOS DE DESEMBOLSOS

FECHA ORIGINAL DEL DESEMBOLSO FINAL: NOV-14-2016  
 FECHA ACTUAL DEL DESEMBOLSO FINAL: SEP-30-2018  
 EXTENSIÓN ACUMULATIVA (MESES): 22,5  
 EXTENSIONES ESPECIALES (MESES): 0

### DESEMBOLSOS

CANTIDAD TOTAL DE DESEMBOLSOS HASTA LA FECHA: US\$26.741.062  
GRÁFICO DE DESEMBOLSOS



### REDIRECCIONAMIENTO. ¿TIENE ESTE PROYECTO? NO

FONDOS RECIBIDOS DE OTRO PROYECTO: NO

FONDOS ENVIADOS A OTRO PROYECTO: NO

<sup>1</sup> Fecha en la que se operó la elegibilidad en los sistemas del Banco. No obstante, mediante la nota CID/CGU-2676/2013, el Banco comunicó al Prestatario que la fecha en la que se alcanzó la elegibilidad de esta operación fue el 14 de agosto de 2013.

**CLASIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PROYECTO EN LOS PMR:**

NO.	PMR FECHA	ETAPA DE PMR	CLASIFICACIÓN	DESEMBOLSOS REALES (MILLONES DE USD) ACUMULADOS
1	Enero a diciembre 2013	Etapa 2	Satisfactorio	1,5
2	Enero a diciembre 2014	Etapa 2	Satisfactorio	3,5
3	Enero a diciembre 2015	Etapa 2	Problema	8,5
4	Enero a diciembre 2016	Etapa 2	Problema	8,5
5	Enero a diciembre 2017	Etapa 2	Satisfactorio	22,7
	Enero a diciembre 2018	Etapa 2	Satisfactorio	27,9

Nota: A pesar de que se desembolsaron más recursos que los ejecutados, se cancelaron US\$1,2 millones y el país hizo devolución de los recursos.

METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ECONÓMICO EX POST: COSTO BENEFICIO

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST: ANTES Y DESPUÉS

CLASIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD DE DESARROLLO: PARTLY UNSUCCESSFUL

**PERSONAL DEL BANCO**

POSICIONES	EN PCR	EN LA APROBACIÓN
VICEPRESIDENTE VPS	ANA MARÍA RODRIGUEZ-ORTIZ	SANTIAGO LEVY
VICEPRESIDENTE VPC	ALEXANDRE MEIRA DA ROSA	ROBERTO VELLUTINI
GERENTE DE PAÍS	VERONICA ZAVALA	GINA MONTIEL
GERENTE SECTORIAL	MARCELO CABROL	
JEFE DE DIVISIÓN	FERDINANDO REGALIA	FERDINANDO REGALIA
REPRESENTANTE DE PAÍS	CARLOS MELO	JUAN JOSE TACONNE
JEFE DE EQUIPO DEL PROYECTO	IGNACIO ASTORGA	NOHORA ALVARADO
JEFE DE EQUIPO DEL PCR	IGNACIO ASTORGA	

Tiempo y costo (directo) del personal - usar <http://analytics.4030/Resources.aspx?oper=AR-L1078>

Ciclo de proyecto de etapa	# de semanas de personal	USD (incluidos los gastos de viaje y asesoría)
Preparación	92	428.970
Supervisión	165	813.200
Total	257	1.242.170

**DECLARACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO / PROGRAMA:**

El objetivo del programa multifase es mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición del primer y segundo nivel de atención, en al menos 77 de los 147 municipios actualmente priorizados por el programa de transferencias condicionadas<sup>2</sup>, con el fin de contribuir a mejorar la salud materno-infantil y reducir la desnutrición crónica de niños menores de dos años a través de los siguientes objetivos específicos: (i) Mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención; (ii) Mejorar los servicios de nutrición preventiva; (iii) Mejorar la gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud; y (iv) Fortalecer los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS

<sup>2</sup> En la actualidad este programa se llama MIFAPRO.

## I. INTRODUCCIÓN

En el momento del diseño del proyecto, Guatemala había logrado avances importantes en la salud de la población: la esperanza de vida había aumentado en casi 10 años y la mortalidad materna e infantil se habían reducido considerablemente. Sin embargo, las poblaciones más pobres aún presentaban grandes desafíos. Al año 2006, la mortalidad materna era de 153 por 100.000 nacidos vivos, con una cifra tres veces mayor en la población indígena que no indígena (211 versus 70 por 100.000 nacidos vivos)<sup>3</sup>. La mayoría de las muertes maternas ocurrían por complicaciones en el parto y dentro de las primeras 24 horas después del parto. Según cifras de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, en el área rural solo el 36,4% de los partos eran institucionales, el 54,3% de las mujeres recibían únicamente un control prenatal, el 21,9% recibían dos controles y solamente el 5% recibían tres controles prenatales. Por otro lado, un 43,4% de los niños menores de cinco años sufrían de desnutrición crónica y la situación era todavía más precaria para niños indígenas para quienes la desnutrición aumentaba a 58,6%. Solo un tercio de los niños menores de seis meses recibía lactancia materna exclusiva y adicionalmente los niños de 6 a 24 meses no recibían alimentación complementaria adecuada y oportuna para cubrir los requerimientos energéticos, proteicos y de micronutrientes. Como consecuencia, al llegar a la edad reproductiva, las mujeres presentaban rezagos en talla y aproximadamente el 20% de los niños nacían con bajo peso. También existía alta prevalencia de deficiencias de vitamina A y hierro en niños y mujeres. El 20,2% de mujeres tenía anemia y el 21,1% y 38,8% de los niños entre 12 a 59 meses tenía deficiencia de vitamina A y hierro respectivamente.

A partir de los Acuerdos de Paz de 1996, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), con apoyo del Banco (GU0023)<sup>4</sup>, inició una reforma dirigida a reasignar 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 públicos. Para ello, se creó el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) que consistía en la contratación de Organismos No Gubernamentales (ONG) para prestar servicios básicos de salud materno-infantil con equipos móviles itinerantes en los municipios más pobres del país. El PEC se había expandido, alcanzando una cobertura de 4,6 millones de personas en 2009. La evaluación del PEC<sup>5</sup> mostraba su impacto positivo en la inmunización de niños y los controles prenatales realizados por profesionales de la salud.

En la última década el MSPAS había implementado dos nuevos programas para complementar al PEC: (i) la estrategia comunitaria de atención en nutrición preventiva Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria (AINM-C) que el MSPAS había adoptado como su principal estrategia para la reducción de la desnutrición crónica, expandiéndola gradualmente 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 (BM), dirigido a mejorar el acceso al parto institucional.

Por otro lado, para fortalecer la demanda de servicios, desde el año 2008 se implementó un programa de transferencias condicionadas como parte del programa social del Gobierno de Guatemala (GOGU), que contaba con asesoramiento técnico del Banco. Este programa tenía como objetivo mejorar la situación de las familias pobres y vulnerables e incluía corresponsabilidades en salud, educación y nutrición en 147 municipios con los mayores niveles

---

<sup>3</sup> SEGEPLAN 2006: "Hacia el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala".

<sup>4</sup> Programa Sectorial de Salud

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

de pobreza. Además, el Banco había concedido al país un préstamo sectorial (GU-L1017)<sup>6</sup> que apoyaba el fortalecimiento de la oferta de salud y nutrición en los municipios priorizados por el programa de transferencias condicionadas.

En este contexto, se prepara y aprueba el programa “Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios de Salud y Nutrición Fase I”, con el objetivo de mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición del primer y segundo nivel de atención en municipios elegibles. El programa comprendió los siguientes componentes: (i) Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención; (ii) Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva; (iii) Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud; y (iv) Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS. Para ello, se definieron cuatro objetivos específicos<sup>7</sup> que contribuían con un enfoque de complementariedad al objetivo general del programa:

- (i) Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención;
- (ii) Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva;
- (iii) Gestión del desarrollo del recurso humano en salud y nutrición; y
- (iv) Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de monitoreo y supervisión del MSPAS.

La estrategia central de la intervención se basaba en entregar servicios de salud a poblaciones descubiertas, sobre todo a la población rural e indígena que seguía siendo la más desfavorecida. Para ello, se crearon los Grupos Móviles Institucionales (GMI) que implementaban la estrategia de Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria (AINM-C).

En diciembre 2013, un mes después del primer desembolso del programa, el Congreso de la República prohíbe mediante decreto ley<sup>8</sup> la suscripción de convenios de prestación de servicios a través de Organizaciones no Gubernamentales, ONG, lo que obliga al MSPAS a discontinuar de forma gradual el PEC<sup>9</sup> a partir del año 2014 hasta su cierre definitivo en 2016. Esta decisión se basó en la percepción de bajos estándares de la calidad de servicio, ineficiencia y falta de transparencia en la adjudicación de contratos (USAID, 2015). El modelo PEC que se basaba en la compra de servicios fue reemplazado por uno que fortalecía la oferta institucional (personal, infraestructura, equipos), denominado inicialmente Modelo Integral de Salud (MIS) y que comenzó a implementarse en el segundo semestre del 2016. El MIS no incluía dentro de sus actividades a los GMI, los que se mantuvieron hasta el año 2016.

En noviembre 2016 culminaba el plazo original del programa, que solo había ejecutado hasta ese año, el 28% de los recursos del préstamo. En este contexto, se planifica la ejecución de los recursos restantes en un plazo de doce meses, que posteriormente fue extendido otros 10 meses en los municipios elegibles (aquellos incluidos en el programa de transferencias condicionadas). Bajo el nuevo modelo de intervención, el objetivo general de mejorar la salud materno infantil y

---

<sup>6</sup> <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1862/Guatemala-Analisis-del-Sector-Publico-Salud-Esp-INFORME-COMPLETO-FINAL-Abr2016.pdf>.

<sup>7</sup> Para la elaboración de este PCR se utiliza la descripción de objetivos específicos que corresponde a los objetivos de los Componentes de la operación, tal como se describen en la Matriz de Resultados del documento de proyecto aprobado (POD).

<sup>8</sup> Decreto Ley 13-2013, "reformas a los decretos números 101-97 del Congreso de la República, Ley Orgánica del Presupuesto; 31-2002 del Congreso de la República, Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas; y 1-98 del Congreso de la República, Ley orgánica de la Superintendencia de Administración Tributaria". Artículos 22, 76, 77, 78. Aprobado el 11 de noviembre del año 2013.

<sup>9</sup> El PEC se conformaba por ONG's instaladas en todo el territorio nacional que eran el principal proveedor del servicio de atención primaria en salud, principalmente servicios de atención materno infantil (ver POD inciso 1.2).

los objetivos específicos del programa permanecieron plenamente vigentes; sin embargo, a partir del 2017 hubo ajustes en algunos resultados, acciones y productos.

## **II. CRITERIOS CENTRALES. RENDIMIENTO DEL PROYECTO**

### **II.1 Relevancia**

#### **a. Alineación con las necesidades de desarrollo del país**

El programa estuvo plenamente alineado con las necesidades y prioridades de desarrollo del país. Tal como se describió en la sección anterior, el país y sobre todo los municipios más pobres y con mayor vulnerabilidad socioeconómica, presentaban desafíos sustanciales en cuanto a la cobertura y calidad de los servicios de salud materno infantil, en particular en las áreas rurales.

Durante la fase de diseño y aprobación del Programa estuvo vigente el Plan Nacional de la Esperanza (PNE) del Gobierno del período 2008-2012. En las prioridades del PNE se enfatizó la inversión social en la infancia y en la niñez y el vehículo para la implementación de esas políticas públicas fue el programa de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), especialmente el programa Mi Familia Progresá (MIFAPRO). Para el presupuesto nacional del año 2010-2012 se priorizó en MIFAPRO el objetivo de la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional, a través de la mejora en la cobertura de servicios de salud<sup>10</sup>. Este objetivo se encontraba directamente alineado con los objetivos del programa. En particular, el objetivo de gobierno de “mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud” contenido en las prioridades del presupuesto del período 2010-2012<sup>11</sup> se encontraba alineado al primer objetivo específico del programa relacionado al mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención. El presupuesto nacional del período 2010-2012 también hacía referencia al “fortalecimiento de las capacidades institucionales para la reducción de la inseguridad alimentaria y nutricional.”<sup>12</sup>, lo cual estaba asociado a los otros objetivos específicos.

Durante la fase de ejecución, el objetivo general del Programa y, en particular, los objetivos específicos 1 y 2, estuvo alineado con el eje de prioridades de gobierno llamado “Eje de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud Integral y Educación de Calidad”, incluido en los “Lineamientos Generales de Política 2018-2022”<sup>13</sup> y en el “Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el período 2018-2032”<sup>14</sup>. Tanto el Plan de Gobierno 2016-2020 como el Plan Estratégico Institucional del MSPAS priorizan los objetivos y resultados estratégicos de reducción de la desnutrición crónica, la malnutrición, la subnutrición, especialmente en niños y mujeres en las áreas rurales, así como la reducción de la mortalidad materna e infantil en las mismas áreas y población priorizada<sup>15</sup>.

En el mismo sentido, los objetivos específicos 3 y 4 del Programa se alineaban con las metas priorizadas del gobierno en materia de mejora de las capacidades y competencias técnicas del

---

<sup>10</sup> Ministerio de Finanzas Públicas, MINFIN, (2009). Exposición General de Motivos del Proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal 2010. MINFIN, Guatemala, 2009.

<sup>11</sup> *Ibíd.*

<sup>12</sup> *Ibíd.*

<sup>13</sup> Segeplan (2017). Lineamientos generales de política 2018 – 2022. Segeplan. Guatemala, febrero 2017.

<sup>14</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018). Plan Estratégico Institucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018 – 2032. Guatemala, febrero, 2018.

<sup>15</sup> Segeplan (2017). Lineamientos generales de política 2018 – 2022. Segeplan. Guatemala, febrero 2017, página 17.



recurso humano y de la gestión institucional de la salud<sup>16</sup> y con el propósito de mejorar la calidad de la atención en salud de los guatemaltecos<sup>17</sup>.

## **b. Alineación estratégica**

En su fase inicial, el Programa (objetivos y diseño) se enmarcó en la Estrategia País del Banco, EP, 2008-2011 (GN-2501). El objetivo general y los objetivos específicos 1 y 2 del Programa estaban altamente alineados con el objetivo 1 de la EP que priorizaba la “reducción de la desnutrición crónica” (inciso 4.7 del documento de la EP (GN-2501)). En el mismo inciso se prioriza la población de niños, indígenas y la población que vive en área rural, lo cual es consistente con la priorización del Programa.

La EP durante el período 2008-2011 priorizaba apoyar intervenciones de mejora en la capacidad y la efectividad de respuesta del sector salud a la desnutrición y deficiencias de micronutrientes<sup>18</sup>. Específicamente en la Matriz de Resultados de la Estrategia, se establecía que el Banco contribuiría con el “Seguimiento del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional con focalización en 45 municipios vulnerables”. Esta priorización se encontraba claramente en línea con los objetivos específicos 3 y 4 del Programa que estaban orientados a mejorar la gestión del recurso humano para incrementar la calidad de la atención, y al fortalecimiento de los sistemas de información y capacidad de monitoreo del ministerio.

El programa también fue consistente con la “Estrategia del Banco con Guatemala 2012-2016”<sup>19</sup>, que estuvo vigente durante la implementación del Programa. El objetivo general y los objetivos específicos 1 y 2 estaban alineados directamente con los objetivos de dicha estrategia: a) reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años en el área rural, b) reducir la mortalidad infantil en el área rural, y c) mejorar la salud materna en el área rural, los mismos que aparecen explícitos en el inciso 3.25 de la EP<sup>20</sup>. Por su parte, los objetivos específicos 3 y 4 del Programa se encuentran referidos en la sección de diagnóstico de la Estrategia, específicamente en el inciso 1.3 donde se menciona las limitaciones en materia de acceso a servicios de salud, y en el inciso 1.4 en el que se presentan las limitaciones institucionales para el desarrollo humano<sup>21</sup>.

La alineación con las prioridades institucionales del Banco se determina a partir de la comparación de las prioridades del Programa con las prioridades de la Estrategia Institucional del Banco. El objetivo general y objetivo específico 1 del Programa, están alineados con el objetivo estratégico de la “Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020”<sup>22</sup>, que busca mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud a la población, priorizando la población más vulnerable como la primera infancia (BID, 2015). El objetivo específico 2 del Programa tiene un nivel de alineación con el objetivo estratégico del Banco en la región, para mejorar el abastecimiento de alimentos<sup>23</sup>.

---

<sup>16</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2018). Plan Estratégico Institucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018 – 2032. Guatemala, febrero, 2018.

<sup>17</sup> Segeplan (2017). Lineamientos generales de política 2018 – 2022. Segeplan. Guatemala, febrero 2017, página 22.

<sup>18</sup> Ver GN-2501, inciso 4.7, pp.11

<sup>19</sup> BID (2012). Estrategia del Banco con Guatemala 2012 – 2016. Guatemala, noviembre 2012.

<sup>20</sup> BID (2012). Estrategia del Banco con Guatemala 2012 – 2016. Guatemala, noviembre 2012, página 12.

<sup>21</sup> BID (2012). Estrategia del Banco con Guatemala 2012 – 2016. Guatemala, noviembre 2012, página 1.

<sup>22</sup> BID (2015). Actualización de la Estrategia Institucional 2010 – 2020. Una alianza con América Latina y el Caribe para seguir mejorando vidas. BID, marzo 2015, inciso 3.5, página 9.

<sup>23</sup> BID (2015). Actualización de la Estrategia Institucional 2010 – 2020. Una alianza con América Latina y el Caribe para seguir mejorando vidas. BID, marzo 2015, inciso 3.6d, página 11.

### c. Relevancia del diseño

El programa fue diseñado en el año 2010 en consistencia con el modelo de prestación de servicios vigente en ese momento, que combinaba intervenciones propias del MSPAS con servicios prestados por ONG, a través del PEC. En este marco, el programa buscaba principalmente complementar el trabajo de las ONG, ofreciendo servicios de salud mediante los Grupos Móviles Institucionales (GMI) a territorios que no contaban ni con PEC, ni con servicios del MSPAS.

El objetivo general del programa fue mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición del primer y segundo nivel de atención, en municipios elegibles. Para ello, se definieron cuatro objetivos específicos<sup>24</sup> que contribuían con un enfoque de complementariedad al objetivo general del programa:

- (i) Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención;
- (ii) Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva;
- (iii) Gestión del desarrollo del recurso humano en salud y nutrición; y
- (iv) Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de monitoreo y supervisión del MSPAS.

La Figura 1 presenta la lógica vertical inicial del programa. Dado que se trata de objetivos específicos complementarios, se observa que algunos productos contribuyen a más de un objetivo. Por ejemplo, existen productos relacionados con el objetivo específico 2 que contribuyen también al objetivo específico 1, y productos del objetivo específico 3 que contribuyen a los objetivos específicos 1 y 2, siendo el trabajo de los grupos GMI el factor común entre ellos.

El primer objetivo específico de mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención se lograría principalmente a través de la contratación de los GMI que permiten incrementar la población cubierta por servicios materno-infantiles. Estas actividades se complementarían con la construcción de nuevos puestos de salud y el remozamiento de los existentes. Los resultados esperados de estas acciones serían el incremento de la cobertura de servicios de salud materno infantil, en especial el porcentaje de mujeres embarazadas con al menos dos controles por médico o enfermera GMI, uno de ellos en el último trimestre, la captación de embarazadas antes de las 12 semanas del embarazo por GMI, el control médico del equipo GMI de los recién nacidos en los primeros 28 días de nacido, y el porcentaje de niños menores de 12 meses con esquema de inmunización completo por equipo GMI.

El segundo objetivo específico relacionado al mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva se lograría a través de intervenciones específicas en materia nutricional provistas por ONG o GMI. Los productos esperados de estas intervenciones incluían el cumplimiento de la norma de pesaje para niños de 0 a 24 meses cubiertos por AINM-C. A través del mejor control se esperaba incrementar el porcentaje de niños de 12 a 24 meses suplementados con dos dosis de vitamina A y el porcentaje de niños de 6 a 59 meses que reciben micronutrientes espolvoreados.

El tercer objetivo específico de mejorar la gestión del desarrollo de recurso humano en salud y nutrición se alcanzaría mediante la capacitación del personal municipal, de ONG y GMI, la especialización del personal técnico y profesional del MSPAS y Direcciones de Área de Salud (DAS) en gestión de recursos humanos, así como la incorporación de personal que hable el idioma local (Maya) en los GMI. Con estas intervenciones se esperaba que el personal

---

<sup>24</sup> Para la elaboración de este PCR se utiliza la descripción de objetivos específicos que corresponde a los objetivos de los Componentes de la operación, tal como se describen en la Matriz de Resultados del documento de proyecto aprobado (POD).

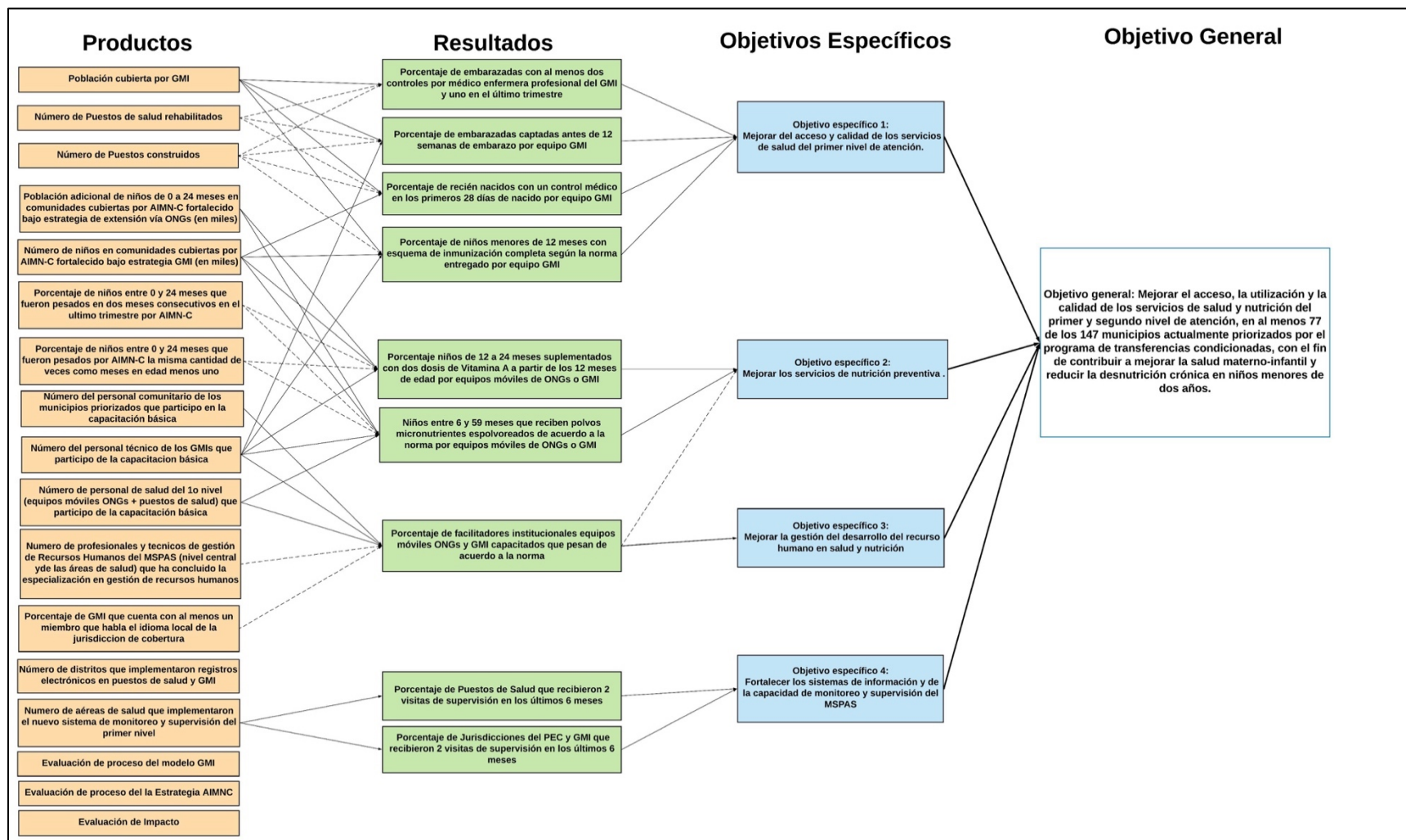
institucional, de ONG y GMI pesen a los niños según norma, lo que permitiría mejorar la eficacia de las intervenciones.

Finalmente, el cuarto objetivo específico de fortalecer los sistemas de información y la capacidad de monitoreo y supervisión del MSPAS, sería logrado con la implementación de registros electrónicos en puestos de salud y GMI, así como del nuevo sistema de monitoreo y supervisión del primer nivel de atención. A través de estos productos, se incrementarían las visitas de supervisión a puestos de salud y territorios.

Adicionalmente el diseño original considera productos que apoyan todos los objetivos de manera transversal, como es la evaluación del modelo GMI, AINM-C y la evaluación de impacto.

En general, la matriz de resultados original aprobada del POD, reflejaba adecuadamente la lógica vertical del programa y la relación entre productos y resultados. Sin embargo, para medir el logro del objetivo específico 3 (gestión del desarrollo del recurso humano), solo se incluyó en la MR un indicador de resultado que no capturaba de manera integral el alcance de este objetivo que abarcaba también aspectos de disponibilidad y competencia de los recursos humanos en salud.

**Figura 1: Lógica vertical inicial del programa**



### Cambios al diseño del proyecto

Al inicio de la fase de ejecución del Programa, el MSPAS articulaba toda la atención materno infantil con equipos móviles itinerantes en los municipios más pobres del país, por medio del Programa de Extensión de Cobertura, PEC. A través del PEC el MSPAS implementaba la estrategia para atención en nutrición preventiva a niños y mujeres, programas para reducción de la desnutrición crónica y programas de transferencias monetarias condicionadas del Gobierno de Guatemala<sup>25</sup>.

En diciembre del año 2013, un mes después del primer desembolso, el Congreso de la República prohíbe mediante decreto ley la suscripción de convenios de prestación de servicios a través de ONG, lo que obliga al MSPAS a discontinuar de forma gradual el PEC<sup>26</sup>. Con este cambio, el modelo de atención basado en el uso de Grupos Móviles Institucionales (GMI), y la estrategia de Atención Integral a la Niñez y la mujer comunitaria (AINM-C) queda discontinuada y es reemplazada por una estrategia de fortalecer la oferta fija e integral de servicios de salud. En su reemplazo, a partir del 2016 se implementa el Modelo Incluyente en Salud (MIS) que promueve la atención integral<sup>27</sup> y enfatiza la atención materno infantil y nutricional, a través de una fuerte expansión del primer nivel de atención donde se materializan tres ámbitos de acción complementarios: salud individual, familiar y comunitaria. Los contratos con el personal que trabajaba en los GMI se mantuvieron durante parte del 2016 y sólo dos DAS mantuvieron a los equipos hasta fin del año.

El objetivo general y los objetivos específicos del Programa mantienen su vigencia; sin embargo, el cambio del modelo de intervención (de uno basado en una oferta móvil a otra de tipo fijo), la disponibilidad de recursos no desembolsados y el plazo de extensión de los desembolsos llevó a una modificación de los productos y resultados del Programa en términos de su alcance y cobertura. Entre los cambios más relevantes están: (i) se incrementó el número de municipios intervenidos de 39 en 2013 a 177 el 2018; y (ii) en vez del financiamiento de los GMI en áreas muy focalizadas, la inversión se concentró en fortalecer el primer nivel de atención con la contratación de personal, compra de medicamentos, remozamiento y equipamiento de puestos salud y el adquisición de tecnologías de información para primer y segundo nivel además del nivel central.

### Cambios a la matriz de resultados

Los cambios en la modalidad de intervención plantearon la necesidad de realizar ajustes a las definiciones y formas de cálculo de algunos indicadores de resultado, a fin de reflejar adecuadamente el nuevo alcance del programa. En específico, se requirió ajustar la definición de los indicadores de resultado y recalcular nuevos valores de línea base y meta, dado que originalmente el ámbito de intervención del proyecto eran comunidades específicas con ausencia total de oferta de servicios, la línea de base de los indicadores de cobertura era cero (ya que se planificó atender población no cubierta por PEC o los servicios de salud). Al ampliar el ámbito geográfico, el cálculo de los indicadores de cobertura se ajustó a nivel de municipios intervenidos, por lo que se obtuvieron valores de línea base positivos que reflejan la producción de servicios de en estos municipios. En consecuencia, las metas también fueron ajustadas aplicando a las nuevas líneas de base los cambios relativos esperados originalmente.

En cuanto a las fuentes de información, el Programa incluía un sistema de información propio, *ad hoc* a las intervenciones, con un estudio de línea base y un modelo de monitoreo para medir

<sup>25</sup> Ver POD inciso 1.2, página 3.

<sup>26</sup> El PEC se conformaba por ONG's instaladas en todo el territorio nacional que eran el principal proveedor del servicio de atención primaria en salud, principalmente servicios de atención materno infantil (ver POD inciso 1.2).

<sup>27</sup> El MIS tiene una aproximación más amplia a los problemas de salud e incluye dentro de las actividades las previstas en el AINM-C.

los resultados en los territorios de GMI y ONG priorizados. Sin embargo, con el cambio de modelo estas actividades no se llevaron a cabo y no se contó con esta fuente de información. Dada esta situación, se utilizaron fuentes de información oficiales del Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, y del Instituto Nacional de Estadística, INE, a nivel municipal, para la evaluación de cierre del Programa.

Adicionalmente a los ajustes generales mencionados anteriormente, en los siguientes párrafos se describen y fundamentan cambios específicos en indicadores de resultado según objetivo específico (Tabla 1).

El diseño original consideraba que los indicadores de desnutrición crónica y anemia se evaluarían con información de la encuesta de evaluación de impacto. En ausencia de esta fuente de información, o de cualquier otra fuente con datos históricos, los indicadores de impacto fueron computados con información de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2014/15 para las áreas rurales de Guatemala. Dado que los valores de línea de base en la MR inicial correspondían a valores nacionales desactualizados, las líneas de base fueron ajustadas con datos de la ENSMI 2008, siguiendo una metodología comparable. La meta se recalculó aplicando el mismo cambio relativo definido en el POD original respecto a la línea base.

#### Objetivo específico 1. Mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud

Se ajustó la definición de los cuatro indicadores de resultado de manera que no estén restringidos a servicios provistos solo por GMI o PEC. Adicionalmente, como *proxy* del indicador de esquema de inmunización completa se empleó el indicador de tercera dosis de Pentavalente. Este indicador fue seleccionado debido a que es el indicador de vacunación más relevante en el país para medir el esquema de inmunización.

#### Objetivo específico 2. Mejorar los servicios de nutrición preventiva

Al igual que para el anterior objetivo, se ajustó la definición de los dos indicadores de resultado eliminando la especificación de servicios provistos por ONG o GMI. A fin de medir mejor la contribución de las acciones de suplementación del programa, se incorporó un nuevo indicador de cobertura de suplemento de ácido fólico a mujeres embarazadas en el primer control prenatal. Este indicador está altamente alineado con el objetivo específico 2, ya que la suplementación con hierro y ácido fólico contribuye a prevenir la anemia de la embarazada y la malformación del recién nacido.

#### Objetivo específico 3. Mejorar la gestión del desarrollo del recurso humano

Con la eliminación de los GMI este indicador no pudo ser medido. El cambio en el modelo de intervención reorientó la inversión hacia la contratación de personal (auxiliares de enfermería y enfermeras) para el primer nivel de atención en los municipios priorizados. En consecuencia, se decidió incorporar un indicador que mide la dotación de recursos humanos capacitados por cada 10.000 personas en áreas intervenidas.

#### Objetivo específico 4. Fortalecer los sistemas de información y la capacidad de monitoreo y supervisión del MSPAS

Para la medición de este objetivo específico, se contaba con dos indicadores de resultado relacionados a las actividades de supervisión, uno para puestos de salud y otro para jurisdicciones PEC. Para el primero se cambió la unidad de observación de puestos de salud a sectores de salud. El segundo indicador no pudo ser monitoreado debido a la desaparición de los territorios PEC.

Para los tres indicadores de impacto, se actualizaron las líneas de base a partir de información disponible de la ENSMI 2008; además se compararon con los datos de la ENSMI 2014/2015 dado que corresponden a fuentes de información robustas.

La Figura 2 presenta la lógica vertical del programa al cierre del proyecto, incorporando los ajustes descritos a los indicadores de resultado. En la figura se aprecia también la inclusión de los nuevos indicadores de resultado asociados a los objetivos específicos 2 y 3, de manera que se refleja una lógica vertical completa.

**Tabla 1. Matriz de resultados (En aprobación, elegibilidad + 60 días, al cierre)**

Indicadores	En aprobación			En elegibilidad + 60 días			Al cierre de proyecto (PCR)			Comentarios
	Unidad de Medida	Línea Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea Base	EOP (P)	Unidad de Medida	Línea Base	EOP (A)	
Objetivo general: Mejorar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud y nutrición del primer y segundo nivel de atención, en al menos 77 de los 147 municipios actualmente priorizados por el programa de transferencias condicionadas, con el fin de contribuir a mejorar la salud materno-infantil y reducir la desnutrición crónica en niños menores de dos años.										
Desnutrición crónica en niños de 6 a 24 meses	%	44,5	38,5	%	44,5	38,5	%	53,9	50,7	Al cierre del proyecto, la línea de base fue recalculada con información de la ENSMI 2008. El valor alcanzado (A) fue calculado con la ENSMI 2015 para el área rural de Guatemala. La meta (P) fue ajustada siguiendo el criterio descrito en el POD (reducción en 6 p.p. respecto al valor base).
Anemia en niños de 6 a 24 meses	%	65,0	53,6	%	65,0	53,6	%	65,5	58,2	Al cierre del proyecto, la línea de base fue recalculada con información de la ENSMI 2008. El valor alcanzado (A) fue calculado con la ENSMI 2015 para el área rural de Guatemala. La meta (P) fue ajustada siguiendo el criterio descrito en el POD (reducción en un 17.5% del valor base)
Anemia en mujeres embarazadas y lactantes	%	22,0	18,2	%	22,0	18,2	%	30,4	19,5	Al cierre del proyecto, la línea de base fue recalculada con información de la ENSMI 2008. El valor alcanzado (A) fue calculado con la ENSMI 2015 para el área rural de Guatemala. La meta (P) fue ajustada siguiendo el criterio descrito en el POD (reducción en un 17.5% del valor base)
Objetivo específico 1: Mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención										
Porcentaje de embarazadas con al menos dos controles por médico o enfermera profesional del GMI y uno en el último trimestre	%	0	30	%	0	30				Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.

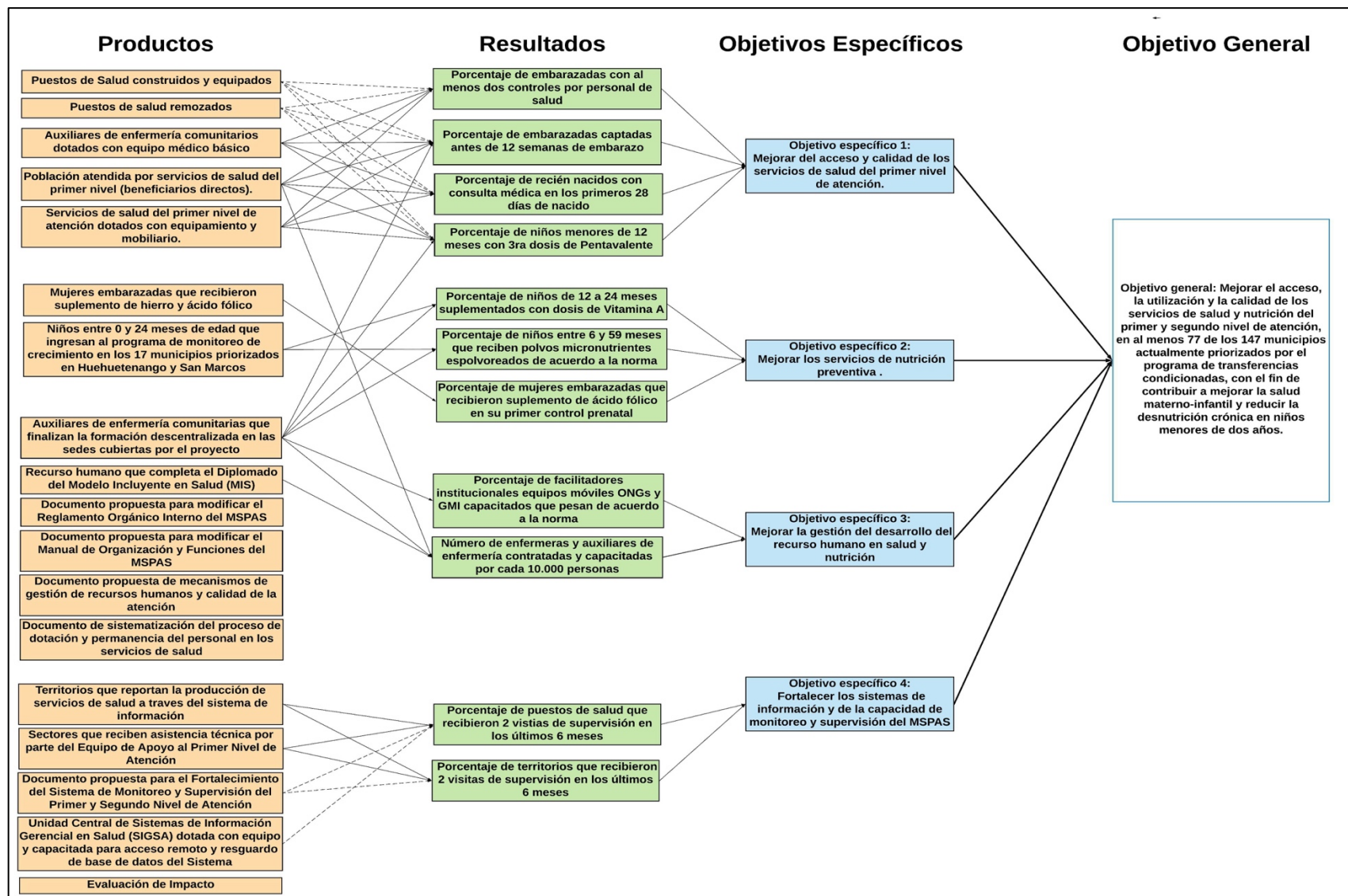


<i>Porcentaje de embarazadas con al menos dos controles por personal de salud</i>							%	43,1	75,6	Debido al cambio de modelo de intervención, el indicador original fue recalculado ampliando el ámbito geográfico de "comunidades cubiertas por GMI" a municipios intervenidos, y considerando el total de atenciones de médico, enfermera o auxiliar de enfermería. La meta fue recalculada aplicando la variación porcentual que establecía la meta del POD.
Porcentaje de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo por equipo GMI	%	0	21	%	0	21				Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.
<i>Porcentaje de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo por personal de salud</i>							%	29,5	35,8	Debido al cambio de modelo de intervención, el indicador original fue recalculado ampliando el ámbito geográfico de "comunidades cubiertas por GMI" a municipios intervenidos, y considerando el total de atenciones de médico, enfermera o auxiliar de enfermería. La meta fue recalculada aplicando la variación porcentual que establecía la meta del POD.
Porcentaje de recién nacidos con un control médico en los primeros 28 días de nacido por equipo GMI	%	0	40	%	0	40				Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.
<i>Porcentaje de recién nacidos con consulta médica en los primeros 28 días de nacido</i>							%	19,0	27,8	Debido al cambio de modelo de intervención, el indicador original fue recalculado ampliando el ámbito geográfico de "comunidades cubiertas por GMI" a municipios intervenidos, y considerando el total de atenciones de médico, enfermera o auxiliar de enfermería. La meta fue recalculada aplicando la variación porcentual que establecía la meta del POD.
Porcentaje de niños menores de 12 meses con esquema de inmunización completa según la norma entregado por equipo GMI	%	0	80	%	0	80				Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.

<i>Porcentaje de niños menores de 12 meses con 3ra dosis de Pentavalente</i>								%	50,9	80,2	Debido al cambio de modelo de intervención, el indicador original fue recalculado ampliando el ámbito geográfico de "comunidades cubiertas por GMI" a municipios intervenidos, y considerando el total de atenciones por personal de salud. La meta fue recalculada aplicando la variación porcentual que establecía la meta del POD.
<b>Objetivo específico 2: Mejorar los servicios de nutrición preventiva</b>											
Porcentaje de niños de 12 a 24 meses suplementados con dosis de Vitamina A a partir de los 12 meses de edad por equipos móviles de ONGs o GMI	%	0	70	%	0	70					Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.
<i>Porcentaje de niños de 12 a 24 meses suplementados con dosis de Vitamina A a partir de los 12 meses de edad</i>								%	14,3	6,4	Debido al cambio de modelo de intervención, el indicador original fue recalculado ampliando el ámbito geográfico de "comunidades cubiertas por GMI" a municipios intervenidos, y considerando el total de atenciones por personal de salud. La meta fue recalculada aplicando la variación porcentual que establecía la meta del POD.
Porcentaje de niños entre 6 y 59 meses que reciben polvos micronutrientes espolvoreados de acuerdo a la norma por equipos móviles de ONGs o GMI	%	0	80	%	0	80					Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.
<i>Porcentaje de niños entre 6 y 59 meses que reciben polvos micronutrientes espolvoreados</i>								%	3,6	8,9	Debido al cambio de modelo de intervención, el indicador original fue recalculado ampliando el ámbito geográfico de "comunidades cubiertas por GMI" a municipios intervenidos, y considerando el total de atenciones. La meta fue recalculada aplicando la variación porcentual que establecía la meta del POD.
<i>Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplemento de ácido fólico en su primer control prenatal</i>								%	37,4	84,9	Este indicador fue incorporado al cierre de proyecto a fin de medir de mejor manera el cumplimiento del Objetivo Específico 2, a través de la suplementación con ácido fólico.

										Para la estimación de la meta se empleó el mismo porcentaje de cambio que para el indicador de suplemento de micronutrientes espolvoreados para niños (80%).
<b>Objetivo específico 3: Mejorar la gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud</b>										
Porcentaje de facilitadores institucionales equipos móviles ONGs y GMI capacitados que pesan de acuerdo a la norma	%	0	50	%	0	50	%	0	N/D	Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.
<i>Número de enfermeras y auxiliares de enfermería contratadas y capacitadas por cada 10.000 personas.</i>							razón	7,4	11,3	Este indicador fue incorporado al cierre de proyecto a fin de medir de mejor manera el cumplimiento del Objetivo Específico 3, a través de la dotación de recursos humanos capacitados.
<b>Objetivo específico 4: Fortalecer los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS</b>										
Porcentaje de puestos de salud que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses	%	A medir	70	%	0	70	%	0	100	Este indicador fue monitoreado a nivel de sector, en vez de puesto de salud.
Porcentaje de jurisdicciones del PEC y GMI que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses	%	A medir	70	%	0	70	%	0	N/D	Con la eliminación de los GMI, el indicador dejó de ser monitoreado.

**Figura 2: Lógica vertical después del cambio de modelo de intervención del programa**



## II.2 Efectividad

### a. Resultados logrados

#### Indicadores de Impacto

A continuación, se describe el logro de los indicadores de impacto respecto a las metas planteadas y se analizan posibles causas. Cabe destacar que, si bien se espera que el Programa haya contribuido al logro de los resultados, los indicadores de impacto pueden ser afectados por factores externos a la intervención. La atribución también se ve limitada por el hecho de que los indicadores fueron medidos a nivel de toda el área rural del país.

- Desnutrición crónica en niños de 6 a 24 meses. Corresponde al indicador con menor avance. El bajo desempeño se debe a la persistencia de condiciones tales como deficiente saneamiento ambiental (agua potable y alcantarillado), carencia de proteínas de calidad y un entorno que hacen a los niños más vulnerables a las enfermedades que se traducen en una menor talla para la edad. La mejora de los cuidados preventivos sólo contribuye parcialmente al indicador.
- Anemia en niños de 6 a 24 meses. El menor desempeño de este indicador se puede explicar en parte por los factores descritos para la desnutrición crónica, así como por la baja cobertura de entrega de micronutrientes que se describe en el resultado número 6, donde la cobertura alcanzada llega sólo al 8,9% de los niños.
- Anemia en mujeres embarazadas y lactantes. El buen desempeño de este indicador se puede explicar por el incremento en la cobertura de esta suplementación con hierro y ácido fólico, la que ha mostrado de manera consistente una mejora en el periodo analizado. Cabe destacar que la suplementación con estos nutrientes son parte de una política nacional.

#### Indicadores de Resultados

Para el objetivo específico 1 se observa que se sobrepasaron las metas en tres de los cuatro indicadores de resultado asociados. El logro alcanzado en el indicador de *Porcentaje de embarazadas con al menos dos controles por personal de salud* fue de 251%. Este resultado está relacionado directamente al incremento en la producción de servicios, asociado principalmente a la expansión de personal que lleva a cabo esas labores. El indicador *Porcentaje de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo*, se incrementó de 29,5% a 35,8%, lográndose un 102% de la meta establecida. Si bien la meta fue cumplida, la cobertura del control prenatal es todavía muy baja, reflejando la necesidad de seguir fortaleciendo la oferta de servicios, pero también de implementar acciones de incentivo a la demanda que produzcan cambios de comportamiento incluyendo la asistencia a controles prenatales durante el embarazo. En el caso del indicador de *Porcentaje de recién nacidos con consulta médica en los primeros 28 días de nacido*, la meta fue cumplida en 116%. Este indicador tiene un comportamiento similar al indicador anterior, ya que depende de una combinación de oferta y demanda de servicios. Especialmente en sectores con alta población indígena, los servicios institucionales no son siempre la primera opción de consulta, faltando mejorar la pertinencia cultural de los mismos. Finalmente, la meta propuesta de 91.6% de cobertura para el indicador de *Porcentaje de niños menores de 12 meses con tercera dosis de Pentavalente* no fue cumplido. A 2018 se logró una cobertura de 80,2%, lo que representó un cumplimiento de 72%. Si bien el desempeño del indicador fue inferior al esperado, el aumento de cobertura logrado es significativo respecto a la línea de base de solo 50,9%.

En la evaluación del logro de los resultados asociados al objetivo específico 2, se observa mejora en la suplementación prenatal e infantil con micronutrientes, no así en la suplementación infantil

con vitamina A. En cuanto al *Porcentaje de niños de 12 a 24 meses suplementados con dos dosis de Vitamina A*, tuvo un cumplimiento de -79%, derivado principalmente de falta de vitaminas para suplementar y a cambios en las normas para la entrega de vitaminas, de manera que el deterioro del indicador no es atribuible al programa<sup>28</sup>. En el caso del indicador de *“Porcentaje de niños entre 6 y 59 meses que recibieron polvos micronutrientes espolvoreados de acuerdo a la norma”*, tuvo un cumplimiento del 182% que se asocia a una meta muy modesta, por lo que con un esfuerzo limitado era posible alcanzarla. Persiste como desafío ampliar de manera significativa la cobertura de este aporte y así contribuir a uno de los factores de la desnutrición crónica. Cabe señalar que habría sido posible lograr mejores resultados de haberse dispuesto de un mayor volumen de micronutrientes en el terreno. Finalmente, para el indicador de *“Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplemento de ácido fólico en su primer control prenatal”*, presenta un cumplimiento del 159%, que se obtuvo por la expansión del personal y la compra de hierro y ácido fólico por parte del programa, esto permitió una alta cobertura, así como un muy buen cumplimiento de una meta relevante (67,3%).

Para el objetivo específico 3 uno de los indicadores de resultados no pudo ser monitoreado debido al cambio de modelo de intervención del programa; sin embargo, en el caso del otro indicador, se tiene un avance positivo. En específico, en el caso del indicador de *“Porcentaje de facilitadores institucionales, equipos móviles, ONGs y GMI capacitados que pesan de acuerdo a la norma”*, tuvo un cumplimiento de 0%, ya que ONG y GMI se dejó de utilizar el 2016 y, en consecuencia, no fue posible medirlo. Adicionalmente no existe un registro sistemático sobre el uso de las normas para el pesaje de los niños. El indicador del *“Número de enfermeras y auxiliares de enfermería contratadas y capacitadas por cada 10.000 personas”* tuvo un cumplimiento del 105% que se deriva de la contratación de 1.915 auxiliares de enfermería y 263 enfermeras, que una vez capacitadas, comenzaron a prestar servicios.

El logro de resultados asociados al objetivo específico 4, *“Porcentaje de puestos de salud que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses”* tuvo un cumplimiento del 143%, ya que los equipos de supervisión de GMI fueron sustituidos por enfermeras que supervisaban a los puestos de salud. Las enfermeras contratadas por el Programa, las acciones de supervisión ejecutadas y el desarrollo del Sistema de Monitoreo y Supervisión del Primer y Segundo Nivel, contribuyen a ambos indicadores de manera significativa. Adicionalmente se invirtió en modernizar el hardware del sistema de información a nivel central, incrementando la capacidad de almacenamiento de datos, rapidez de respuesta y seguridad de respaldo. Estas actividades no cuentan con un resultado asociado, pero apoyaron el objetivo. El resultado *“Porcentaje de territorios que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses”*, tuvo un cumplimiento del 0%, Debido a que con el cambio de modelo de intervención el indicador dejó de ser monitoreado.

#### Indicadores de Producto.<sup>29</sup>

La evaluación de logro de productos asociados al objetivo específico 1 evidencian mejora en la meta de cantidad de puestos de salud remozados y dotados con equipamiento y mobiliario, así como mejoras en el personal del primer nivel de atención (auxiliares de enfermería comunitarios) dotado con equipo médico. Mientras la ejecución de obras se enfocó en remozar infraestructura

<sup>28</sup> La disponibilidad de vitamina A no fue identificada como factores de riesgo en la preparación del programa. La falta del producto en los puntos de atención se debió a un desabastecimiento general. Adicionalmente durante la vigencia del programa se contó con tres normas que regulaban la entrega del Vit. A. Normas de atención de 2010: 6 a 12 meses: perlas de 100,000 UI, dosis única., 12 a 60 meses: perlas de 200,000 UI, dosis de cada 6 meses; Normas de atención de 2015: 6 a 12 meses: perlas de 100,000 UI, dosis única. 12 a 24 meses: perlas de 200,000 UI, dosis cada 6 meses. Normas de atención de 2018 (vigente): 6 a 12 meses: perlas de 100,000 UI, dosis única.

<sup>29</sup> En el [Anexo IV](#) se describen los cambios a los productos en la Matriz de Resultados.

existente, se logró iniciar la construcción de seis nuevos puestos de salud, que fueron finalizados en el 2019 con financiamiento del MSPAS.

La evidencia demuestra que los productos asociados al objetivo específico 2, efectivamente contribuyen a la mejora en los servicios de nutrición preventiva, a partir de duplicar la meta de entrega de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas y de la mejora de 151% en el indicador de producto de niños menores de 24 meses que ingresan al programa de monitoreo de crecimiento en 17 municipios priorizados.

Los productos asociados al objetivo específico 3 fueron alcanzados en un 100%, tal y como lo indica la Tabla 2, y en el caso del indicador de producto de Recurso humano que completa el Diplomado del Modelo Incluyente en Salud (MIS), se superó la meta alcanzando un logro de 113%. Además de contribuir a mejorar la gestión del desarrollo del recurso humano en salud y nutrición, este producto también se vincula con los indicadores de resultado de los objetivos específicos 1 y 2 siguientes: suplementación de niños entre 6 y 59 meses con micronutrientes, suplementación de niños entre 12 a 24 meses con vitamina A, vacunación de niños menores de 12 meses con tercera dosis de pentavalente y con la atención de embarazadas durante el primer trimestre gestacional (ver lógica vertical al final del Programa).

En cuanto a los productos asociados al objetivo específico 4: Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS, también se evidencian logros positivos. Se observa en la tabla 2 que se alcanzan logros de 175% en Territorios que reportan la producción de servicios de salud a través del sistema de información y de 133% en los Sectores que reciben asistencia técnica por parte del Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención. Al mismo tiempo, se logra el desarrollo del Documento propuesta para el Fortalecimiento del Sistema de Monitoreo y Supervisión del Primer y Segundo Nivel de Atención y la Unidad Central de SIGSA, que fue dotada con equipo y capacitada para acceso remoto y resguardo de base de datos del Sistema.

**Tabla 2. Matriz de Resultados logrados**

Impactos							
Impacto: El acceso, la utilización y la calidad de los servicios de nutrición y salud del primer y segundo nivel de atención mejorada, en al menos 47 municipios priorizados por el programa de transferencias condicionadas.							
Impacto/Indicador	Unidad de medida	Valor Línea de Base	Año Línea de base	Metas y valor alcanzado <sup>30</sup>		% Logro	Medios de Verificación
Desnutrición crónica en niños de 6 a 24 meses	%	53,9	2008	P	38.5	54%	LB: ENSMI 2008-9 A: ENSMI 2014-5 Valor correspondiente a áreas rurales
				P(a)	47.9		
				A	50.7		
Anemia en niños de 6 a 24 meses	%	65,5	2008	P	53.6	64%	LB: ENSMI 2008-9 A: ENSMI 2014-5 Valor correspondiente a áreas rurales
				P(a)	54.0		
				A	58.2		
Anemia en mujeres embarazadas y lactantes	%	30,4	2008	P	18.2	205%	LB: ENSMI 2008-9 A: ENSMI 2014-5 Valor correspondiente a áreas rurales
				P(a)	25.1		
				A	19.5		

Resultados							
Resultado/Indicador	Unidad de medida	Valor Línea de Base	Año Línea de base	Metas y alcance real		% Logro	Medios de Verificación
Objetivo específico 1: Mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención							
Porcentaje de embarazadas con al menos dos controles por personal de salud	%	43,1	2013	P	--	251%	Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				P(a)	56.0		
				A	75.6		
Porcentaje de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo	%	29,5	2013	P	--	102%	Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				P(a)	35.7		
				A	35.8		
Porcentaje de recién nacidos con consulta médica en los primeros 28 días de nacido	%	19,0	2013	P	--	116%	Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				P(a)	26.6		
				A	27.8		
	%	50,9	2013	P	--	72%	

<sup>30</sup> Los criterios para ajustar estaban descritos en el POD e indicaban que, una vez ajustadas las líneas de base, deberán ajustarse las metas de la siguiente forma:  
a) Desnutrición crónica: reducción en 6 puntos porcentuales; b) Anemia niños: reducción en un 17.5% del valor base; c) Anemia en embarazadas: reducción en un 17,5% del valor base.



Porcentaje de niños menores de 12 meses con 3ra dosis de Pentavalente				P(a)	91.6		Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				A	80.2		
Objetivo específico 2: Mejorar los servicios de nutrición preventiva							
Porcentaje de niños de 12 a 24 meses suplementados con dos dosis de Vitamina A	%	14,3	2013	P	--	-79%	Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				P(a)	24.3		
				A	6.4		
Porcentaje de niños entre 6 y 59 meses que recibieron polvos micronutrientes espolvoreados de acuerdo a la norma	%	3,6	2013	P	--	184%	Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				P(a)	6.5		
				A	8.9		
Porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron suplemento de ácido fólico en su primer control prenatal	%	37,4	2013	P	--	159%	Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.
				P(a)	67.3		
				A	84.9		
Objetivo específico 3: Mejorar la gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud							
Porcentaje de facilitadores institucionales equipos móviles ONGs y GMI capacitados que pesan de acuerdo a la norma	%	0,0	2011	P	50.0	0%	Debido al cambio de modelo de intervención el indicador dejó de ser monitoreado
				P(a)	50.0		
				A	N/D		
Número de enfermeras y auxiliares de enfermería contratadas y capacitadas por cada 10.000 personas	Razón	7,4	2013	P	--	105%	Proyecciones de población INE y Dirección General de Recursos Humanos y Departamento de Economía de la Salud, MSPAS.
				P(a)	11.1		
				A	11.3		
Objetivo específico 4: Fortalecer los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS							
Porcentaje de puestos de salud que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses	%	0	2011	P	70.0	143%	Informe Semestral el Proyecto El indicador refleja el porcentaje de sectores supervisados.
				P(a)	70.0		
				A	100.0		
Porcentaje de territorios que recibieron 2 visitas de supervisión en los últimos 6 meses	%	0	2011	P	--	0%	Debido al cambio de modelo de intervención el indicador dejó de ser monitoreado
				P(a)	70.0		
				A	N/D		

Productos							
<b>Componente 1: Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios del primer nivel de atención</b>							
Producto/Indicador	Unidad de medida	Valor Línea de Base	Año Línea de base	Metas y alcance real		% Logro	Medios de Verificación
Puestos de Salud construidos y equipados	PS	0	2011	P	8	0%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	6		
				A	0		
Puestos de salud remozados	PS	0	2011	P	47	96%	

				P(a)	57		Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				A	55		
Auxiliares de enfermería comunitarios dotados con equipo médico básico	Aux. Enfer.	0	2013	P	0	143%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	283		
				A	404		
Población atendida por servicios de salud del primer nivel (beneficiarios directos)	Beneficiarios	0	2013	P	0	146%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	600,000		
				A	873,600		
Servicios de salud del primer nivel de atención dotados con equipamiento y mobiliario	Servicios de salud	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	61		
				A	61		
Componente 2: Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva							
Mujeres embarazadas que recibieron suplemento de hierro y ácido fólico	Mujeres embarazadas	0	2013	P	0	194%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	59,538		
				A	115,545		
Niños entre 0 y 24 meses de edad que ingresan al programa de monitoreo de crecimiento en los 17 municipios priorizados en Huehuetenango y San Marcos	Niños	0	2013	P	0	151%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	97,094		
				A	146,540		
Componente 3: Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud							
Auxiliares de enfermería comunitarias que finalizan la formación descentralizada en las sedes cubiertas por el proyecto	Aux. Enfer.	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	788		
				A	786		
Recurso humano que completa el Diplomado del Modelo Incluyente en Salud (MIS)	Personas	0	2013	P	0	113%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	400		
				A	450		
Documento propuesta para modificar el Reglamento Orgánico Interno del MSPAS	Documento	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	1		
Documento propuesta para modificar el Manual de Organización y Funciones del MSPAS	Documento	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	1		
Documento propuesta de mecanismos de gestión de recursos humanos y calidad de la atención	Documento	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	1		
Documento de sistematización del proceso de dotación y permanencia del personal en los servicios de salud	Documento	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	1		

Componente Nbr.4: Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS							
Territorios que reportan la producción de servicios de salud a través del sistema de información	Territorios	0	2013	P	0	175%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	389		
				A	681		
Sectores que reciben asistencia técnica por parte del Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención	Sectores	0	2013	P	0	133%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	3022		
				A	4006		
Documento propuesta para el Fortalecimiento del Sistema de Monitoreo y Supervisión del Primer y Segundo Nivel de Atención	Documento	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	1		
Unidad Central de Sistemas de Información Gerencial en Salud (SIGSA) dotada con equipo y capacitada para acceso remoto y resguardo de base de datos del Sistema	Unidades	0	2013	P	0	100%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	1		
Evaluación de Impacto	Documento	0	2013	P	0	0%	Informe Semestral y de Cierre Ejecución julio-diciembre 2018
				P(a)	1		
				A	0		

Donde: P = Planificado; P (a) = Meta anual revisada; A = Actividad lograda/ejecutada.

## **b. Análisis contrafactual**

El análisis contrafactual tiene como objetivo demostrar que los cambios observados en los indicadores de resultado (Tabla 2) son atribuibles a las acciones del programa. Dado que no se realizó una evaluación de impacto prospectiva que identifique efectos causales, el presente análisis se basa en la revisión de la teoría de cambio del programa que muestra la relación entre productos y resultados esperados y en una estrategia de identificación de impacto cuasi experimental basada en información de registros administrativos. Este análisis, sumado a la evidencia de efectividad de intervenciones similares existente en la literatura, permiten concluir que el programa tuvo una contribución plausible en la mayoría de los indicadores de resultado.<sup>31</sup>

El análisis de impacto estima modelos de diferencias sobre un subconjunto de indicadores de resultado disponibles en el sistema de información de salud para el periodo 2013-2018. La estimación de los impactos se obtiene de comparar los cambios en los indicadores en los municipios intervenidos en relación con los de municipios no intervenidos del resto del país. El conjunto de datos incluye información histórica municipal para seis de los 11 indicadores de resultado, incluyendo indicadores de salud materna, neonatal, inmunización de niños, y prestaciones de suplementación de micronutrientes.

### **Objetivo específico 1. Mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud del primer nivel de atención**

El primer objetivo específico del proyecto fue mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, con énfasis en la atención materno-infantil en el primer nivel, bajo una estrategia de redes integradas de salud<sup>32</sup>. Para ello, bajo el modelo de intervención inicial, implementado entre 2014 y 2016, el proyecto financió la creación de equipos móviles de salud GMI<sup>33</sup> encargados de brindar atención primaria a poblaciones vulnerables tradicionalmente sin acceso a servicios. El proyecto cubrió los costos del personal, operación, y de un paquete básico de prestaciones. Bajo la modalidad de intervención final, implementada entre 2017 y 2018, el proyecto financió la dotación de insumos clave para la producción de servicios, incluyendo mejoramiento de infraestructura, equipamiento, dotación de insumos médicos, y capacitación de recursos humanos.

Los resultados del análisis de diferencias muestran que, en el escenario referido, el programa contribuyó a un incremento de 5,4 puntos porcentuales en el porcentaje de embarazadas con al menos dos controles prenatales realizados por personal de salud calificado (médico, enfermera o auxiliar de enfermería). Este resultado es equivalente a una mejora de 9% respecto a la media del grupo de control en el periodo post programa. En cuanto a los resultados de salud infantil, la evaluación sugiere que el programa contribuyó a una mejora en la cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente equivalente a 17% respecto al grupo de control. Adicionalmente, el resultado para el indicador de cobertura del primer control neonatal en los primeros 28 días de nacido también muestra un coeficiente de impacto positivo de 2,6 puntos porcentuales, sugiriendo una contribución del programa; sin embargo, este último resultado carece de significancia estadística.

---

<sup>31</sup> Ver [EEO3](#) para una presentación completa del análisis de atribución para cada indicador de resultado, elaborado por Cecilia Vidal (SPD/SDV) y Solís Winters (SPD/SDV).

<sup>32</sup> Para la provisión de servicios, el MSPAS dispone de redes de servicios con establecimientos de salud articulados entre sí con perfiles y responsabilidades diferentes, de acuerdo con su capacidad de resolución (MSPAS 2016). La estrategia de redes prioriza entre sus ejes de acción el fortalecimiento de los servicios de atención de salud y de la capacidad resolutoria a través de rehabilitación, que incluyen la infraestructura, equipos, personal, insumos y estrategia de organización y gestión.

<sup>33</sup> Grupos Móviles Institucionales.

La evidencia cuantitativa presentada anteriormente, combinada con una revisión de la lógica vertical del programa, muestran que la operación tuvo una contribución plausible al primer objetivo planteado. La provisión de servicios financiada por el programa a través de los equipos GMI en la primera etapa de intervención, permitió cubrir a una población aproximada de 600 mil personas sin acceso a servicios de salud. Existe amplia evidencia de que este tipo de intervenciones basado en la comunidad es efectivo para mejorar el acceso a prestaciones de salud materno infantil (Cristia, Evans, y Kim 2015)<sup>34</sup> y contribuye a reducir la morbilidad y mortalidad materna<sup>35</sup>, neonatal<sup>36</sup> e infantil<sup>37</sup>. En la segunda etapa de la intervención de 2017 a 2018, el programa financió insumos de producción de servicios, incluyendo dotación de recursos humanos, capacitaciones, equipamiento médico, mejora de infraestructura, mobiliario, compra de medicamentos, entre otros. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica intervenciones similares como el fortalecimiento de la fuerza laboral, la disponibilidad de medicamentos, y tecnología como áreas esenciales para el fortalecimiento de los sistemas de salud (WHO, 2009). Más allá de expandir el acceso a servicios, la dotación de insumos está directamente relacionada a la mejora de la calidad de la atención.

## **Objetivo específico 2. Mejorar los servicios de nutrición preventiva**

El segundo objetivo específico del programa fue mejorar los servicios de nutrición preventiva. Para monitorear este objetivo, se plantearon originalmente dos indicadores de resultado relacionados a la dotación de vitamina A y la suplementación con micronutrientes espolvoreados en niños pequeños. Además de estos indicadores, en el análisis de efectividad se incorporó un tercer indicador que mide la cobertura de la suplementación con ácido fólico en mujeres embarazadas durante el primer control prenatal. Este último indicador es relevante para evaluar el cumplimiento de este objetivo específico ya que, más allá de medir la cobertura de la suplementación, es indicativo de la calidad de la atención prenatal.

La evaluación de impacto cuasi experimental indica que, a pesar de la caída general en la cobertura de vitamina A, a nivel nacional, debido a los cambios en la normativa de atención y la falta del insumo, después del programa, los municipios beneficiarios tuvieron una cobertura 5 puntos porcentuales más alta que los municipios de control. Similarmente, el programa incrementó el porcentaje de niños entre 6 y 59 meses que recibieron micronutrientes espolvoreados en 1,6 puntos, en relación con los municipios de control. Aunque este efecto parezca pequeño, equivale a una mejora relativa de 24%. En cuanto al indicador de suplementación de las mujeres embarazadas con ácido fólico, los resultados del modelo de diferencias muestran que el programa contribuyó a mejorar la cobertura en 7 puntos porcentuales. Resultados muy similares se encontraron para la suplementación con hierro (9,5 puntos porcentuales), lo que era esperado, dado el carácter complementario de ambos servicios.

---

<sup>34</sup> Cristia, Julian, William N. Evans, and Beomsoo Kim. 2015. "Improving the Health Coverage of the Rural Poor: Does Contracting-Out Mobile Medical Teams Work?" *Journal of Development Studies* 51 (3): 247–61. <https://doi.org/10.1080/00220388.2014.976617>.

<sup>35</sup> Ibid.

<sup>36</sup> Schleiff, Meike, Richard Kumapley, Paul A Freeman, Sundeep Gupta, Bahie M Rassekh, and Henry B Perry. 2017. "Comprehensive Review of the Evidence Regarding the Effectiveness of Community-Based Primary Health Care in Improving Maternal, Neonatal and Child Health: 5. Equity Effects for Neonates and Children." *Journal of Global Health* 7 (1). Edinburgh University Global Health Society: 10905. doi:10.7189/jogh.07.010905.

<sup>37</sup> Freeman, Paul A, Meike Schleiff, Emma Sacks, Bahie M Rassekh, Sundeep Gupta, and Henry B Perry. 2017. "Comprehensive Review of the Evidence Regarding the Effectiveness of Community-Based Primary Health Care in Improving Maternal, Neonatal and Child Health: 4. Child Health Findings." *Journal of Global Health* 7 (1). Edinburgh University Global Health Society: 10904. doi:10.7189/jogh.07.010904.

### Objetivo específico 3. Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud

Debido al cambio en el diseño del programa, no fue posible medir el indicador originalmente asociado al objetivo específico 3 (Porcentaje de facilitadores institucionales de equipos móviles ONGs y GMI capacitados que pesan de acuerdo con la norma). Sin embargo, la información disponible permitió incorporar un indicador altamente relevante que mide la dotación de personal de salud capacitado para el primer nivel de atención. A pesar de la importancia de la atención primaria de salud basada en estrategias comunitarias, la existencia de un sistema de salud fortalecido y recursos humanos calificados son aspectos centrales para lograr resultados de salud positivos (Khan, Lassi, and Bhutta 2018)<sup>38</sup>. La gestión adecuada de los recursos humanos en salud es un componente prioritario para la provisión de servicios de alta calidad y el logro de resultados sanitarios (Kabene et al. 2006)<sup>39</sup>. El programa contribuyó a la mejora de la gestión del recurso humano a través de tres aspectos: (i) la dotación de nuevo recurso humano para la atención primaria; ii) el fortalecimiento y capacitación de personal de salud comunitario, y (iii) el desarrollo de instrumentos normativos de gestión.

La evidencia muestra que la capacitación de personal de salud puede tener efectos positivos en la entrega de servicios y en los resultados de salud. Una revisión sistemática de 43 estudios de países de altos ingresos indica que la capacitación centrada en el paciente puede mejorar la comunicación durante las consultas, la satisfacción del paciente, el comportamiento de salud, e incluso los resultados de salud (Dwamena et al., 2012)<sup>40</sup>. Según un resumen de 51 revisiones sistemáticas relacionados a la entrega de servicios de salud en países de bajos ingresos, capacitar personal comunitario que realiza visitas domiciliarias prenatales e intraparto puede reducir mortalidad neonatal y mortalidad materna (Ciapponi et al. 2017)<sup>41</sup>.

### Objetivo específico 4. Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo del MSPAS

El cuarto objetivo específico del programa fue el fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de supervisión y monitoreo. La MR original no incluyó un indicador relacionado a los sistemas de información al nivel de resultados; sin embargo, el análisis de la lógica vertical que relaciona productos con resultados y objetivos muestra que el programa contempló varias actividades orientadas a este objetivo; entre ellas, la dotación de equipo informático (hardware) y software para el Sistema de Información Gerencial de Salud, SIGSA. Estos insumos contribuirán a procesos de gestión de datos más eficientes y seguros. En cuanto a la capacidad de supervisión y monitoreo, la Tabla 2 muestra que el indicador de resultado definido como el porcentaje de puestos de salud que recibieron dos visitas de supervisión tuvo un sobre cumplimiento, con el 100% de los sectores de salud supervisados. Este resultado fue posible gracias a la contratación y capacitación de personal de salud adicional que asumió las actividades de supervisión, así como también a la compra de vehículos para las DAS y los Distritos Municipales de Salud (DMS), responsables de la supervisión en sus respectivos ámbitos de acción.

<sup>38</sup> Khan, Amira M., Zohra S. Lassi, and Zulfiqar A. Bhutta. 2018. "Community-Oriented Primary Health Care for Improving Maternal, Newborn, and Child Health" 1 (May): 1–30. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.57>.

<sup>39</sup> Kabene, Stefane M., Carole Orchard, John M. Howard, Mark A. Soriano, and Raymond Leduc. 2006. "The Importance of Human Resources Management in Health Care: A Global Context." *Human Resources for Health* 4: 1–17. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-20>.

<sup>40</sup> Dwamena, Francesca, Margaret Holmes-Rovner, Carolyn M Gauden, Sarah Jorgenson, Gelareh Sadigh, Alla Sikorskii, Simon Lewin, et al. 2012. "Interventions for Providers to Promote a Patient-Centred Approach in Clinical Consultations." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.

<sup>41</sup> Ciapponi, A, S Lewin, Herrera Ca, N Opiyo, T Pantoja, E Paulsen, G Rada, et al. 2017. "Delivery Arrangements for Health Systems in Low-Income Countries: An Overview of Systematic Reviews (Review)." <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011083.pub2>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com).

### c. Resultados imprevistos

Dado el cambio del modelo de intervención hay tres resultados imprevistos que es pertinente resaltar:

1. Expansión de personal. El diseño original consideraba la contratación de 120 funcionarios entre enfermeras y auxiliares de enfermería. El cambio de estrategia se tradujo en la contratación de 2.903 funcionarios en 2017, que fueron absorbidos por el MSPAS en 2018 y hasta la fecha. Estos cargos corresponden a 1.915 Auxiliares de Enfermería, 263 enfermeras y 725 asistentes de información y equivalen a un gasto incremental anual de aproximadamente US\$17 millones.
2. Financiamiento de la recolección y procesamiento de datos de la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014-2015 (personal de campo y de apoyo, asesores técnicos), diseño, reproducción y difusión de informe final e informes departamentales de (USD\$662.356 equivalentes al 10% del costo total de la encuesta). Los datos y análisis generados por la ENSMI permitieron enfocar esfuerzos en mejorar la capacidad de gestión y desarrollo de recursos humanos prestadores de servicios de salud en las regiones priorizadas por los indicadores de salud materno-infantil; así como identificar intervenciones de mediano y largo plazo. (Componente 3: Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud).
3. Mejora de los sistemas de información del Ministerio de Salud; Inicialmente se incluía ampliar la capacidad para recibir los datos de los distritos de los 60 territorios priorizados y fortalecer la capacidad del nivel central para proveer soporte técnico y resguardar datos para esos territorios. Al cambiar el modelo de intervención se invirtió fuertemente en mejorar la capacidad de almacenamiento y resguardo de datos para el nivel nacional, que ha permitido que al año 2018, las TIC funcionen al 100%<sup>42</sup> de a las necesidades de la planta central, beneficiando a todo el país.

## II.3 Eficiencia

La eficiencia del programa fue evaluada mediante un análisis costo-beneficio (ACB) ex post, en el que los costos incurridos para alcanzar los resultados son comparados con los beneficios generados. El análisis muestra resultados de eficiencia positivos con una tasa de retorno de la inversión de 26.5% y un ratio beneficio/costo de 1.63. El detalle de los cálculos y supuestos considerandos en este análisis se encuentran en [EEO1](#).

Los beneficios del proyecto provienen de tres fuentes: 1) disminución de la mortalidad en menores de cinco años atribuible a la mejora lograda en la cobertura de vacunación; 2) aumento en los ingresos futuros causado por la mejora en la cobertura de vacunación; y 3) DALYs evitados atribuible al aumento en la cobertura de suplementación de micronutrientes en niños<sup>43</sup>. Para la estimación de todos los beneficios, se emplearon los parámetros de cambios atribuibles al programa en dos indicadores de resultado: cobertura de vacunación con tercera dosis de Pentavalente y cobertura de suplementación con micronutrientes. Estos resultados son consistentes con lo reportado en el análisis de atribución (Ver análisis contrafactual en [EEO3](#)). Los beneficios finales en mortalidad de la niñez e ingresos futuros derivados de las mejoras en vacunación fueron estimados empleando parámetros de impacto obtenidos en la literatura. Los costos considerados incluyen tanto costos operativos directos como de gestión. Tomando

---

<sup>42</sup> Fuente SIGSA/MSPAS.

<sup>43</sup> La cantidad de DALYs (Disability Adjusted Life Years) se obtuvieron de los valores de costo-efectividad de la Organización Mundial de Salud (OMS). En particular se empleó la intervención "UFV-31: Zinc fortificado y gestión de casos". Esta intervención tiene una cantidad de DALYs asignados por mejoras en salud.

en consideración los cambios en el diseño del proyecto durante la ejecución, tanto los costos como los beneficios, corresponden a los valores acumulados en todo el periodo del programa.

Empleando una tasa de descuento de 12%, los resultados indican que el programa genera 1,6 dólares de beneficio por cada dólar gastado. Este hallazgo es consistente con la estimación del ratio beneficio/costo de la evaluación económica ex ante.

Debido a que el ACB tiene limitaciones metodológicas, las cuales pueden resultar en una sobrevaloración de los beneficios del programa, se incluyó un análisis de sensibilidad que se enfocó en el ajuste de dos variables críticas: la magnitud del efecto del programa y el valor atribuido a un año de vida libre de discapacidad. Se construyeron escenarios alternativos que consideran una reducción del 10% en el impacto esperado del programa en los indicadores intermedios de cobertura, y una reducción del 20% en el valor de un año de vida adicional. Si bien la razón beneficio/costo disminuye ante cambios en estas dos variables críticas, ésta aún presenta valores superiores a uno, confirmando la viabilidad económica del programa.

### Ejecución financiera

En la revisión de cartera del 2016, se analizó el avance del proyecto y se discutieron opciones ya que la fecha original de vencimiento del programa era el 14 de noviembre 2016 y sólo había ejecutado un 21,1% de los recursos del préstamo. El programa en ese momento había enfrentado retos para asegurar cupos fiscales necesarios para agilizar la ejecución. La decisión fue brindar una extensión inicial de 12 meses hasta noviembre 2017, la que posteriormente fue complementada con una extensión de 10 meses hasta septiembre 2018 y se decidió que cualquier saldo no comprometido se debía cancelar. Finalmente, el proyecto ejecutó US\$26.741.062, que corresponde al 76.4% de los recursos del préstamo. Se dio una cancelación parcial de US\$8.258.938. Se destaca el enorme esfuerzo de ejecución de los recursos que se concentró principalmente en los años 2017 y 2018. Los contratos de obras (remozamientos) no tuvieron sobrecostos y se ejecutaron mayormente dentro de los plazos contratados, sin embargo, los contratos para la construcción de los nuevos puestos de salud excedieron el plazo del programa y terminaron su construcción en el mes de junio 2019.

Tabla 3 Costos del proyecto

1 Component: Mejoramiento del acceso y calidad de los servicios del primer nivel de								19,164,689.20
Output Definition		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cost
1.1	Población cubierta por Grupos Móviles Institucionales GMI (beneficiarios-año)	P	0.00	1,023,492.00	4,037,107.00	3,468,501.00	0.00	8,529,100.00
	P(a)		0.00	1,023,492.00	4,037,107.00	3,468,501.00	0.00	2,258,801.00
	A		0.00	0.00	1,748,346.00	510,455.00	0.00	2,258,801.00
1.2	Puestos de Salud construidos y equipados	P		0.00	0.00	1,700,000.00		1,700,000.00
	P(a)			0.00	0.00	460,000.00	1,708,667.00	1,708,667.00
	A			0.00	0.00	0.00	224,581.00	224,581.00
1.3	Puestos de salud remozados	P		0.00	0.00	2,500,000.00		2,500,000.00
	P(a)			0.00	0.00	1,100,000.00	1,020,560.00	2,975,363.00
	A			0.00	0.00	0.00	1,233,467.00	1,960,803.00
1.4	Auxiliares de enfermería comunitarios dotados con equipo médico básico	P						0.00
	P(a)					31,075.00	80,203.00	80,203.00
	A					0.00	0.00	0.00
1.5	Kits de equipo para la implementación de huertos medicinales entregados en los	P						0.00
	P(a)					20,215.00	0.00	0.00
	A					0.00	0.00	0.00
1.6	Población atendida por servicios de salud del primer nivel (beneficiarios directos)	P						0.00
	P(a)					10,620,803.00	4,563,127.87	10,023,874.87
	A					5,460,747.00	4,122,162.00	9,582,909.00
1.7	Servicios de salud del primer nivel de atención dotados con equipamiento y mobiliario	P						0.00
	P(a)					175,306.00	1,427,386.33	1,459,886.33
	A			24,618.00	7,882.00	0.00	1,123,769.00	1,156,269.00
1.8	Estudios de preinversión de primer y segundo nivel	P						0.00
	P(a)						400,000.00	657,894.00
	A			187,348.00	70,546.00		0.00	257,894.00



2 Component: Mejoramiento de los servicios de nutrición preventiva								3,192,350.00
Output Definition		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cost
2.1 Mujeres embarazadas que recibieron suplemento de hierro y ácido fólico	P							0.00
	P(a)					633,725.00	95,110.00	95,110.00
	A					0.00	0.00	0.00
2.2 Niños entre 0 y 24 meses de edad que ingresan al programa de monitoreo de crecimiento en los 17 municipios priorizados en Huehuetenango y San Marcos	P							0.00
	P(a)					199,388.00	300,982.00	3,097,240.00
	A		1,786,165.00	662,991.00	288,591.00	58,511.00	1,580,933.00	4,377,191.00
3 Component: Gestión del desarrollo del recurso humano en nutrición y salud								2,669,748.00
Output Definition		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cost
3.1 Municipios cuyos trabajadores de salud del primer nivel (institucional: GM, puestos; comunitario: comadronas, educadores) han sido capacitados en prácticas de atención y prevención incluyendo nutrición	P	600,887.00	1,185,121.00	1,331,339.00	1,400,000.00			4,517,347.00
	P(a)		0.00	900,000.00	150,000.00	0.00		546,948.00
	A		23,614.00	334,638.00	188,696.00	0.00		546,948.00
3.2 Auxiliares de enfermería comunitarias que finalizan la formación descentralizada en las sedes cubiertas por el proyecto	P							0.00
	P(a)					1,645,611.00	594,451.00	1,015,561.00
	A					421,110.00	295,330.00	716,440.00
3.3 Recurso humano que completa el Diplomado del Modelo Incluyente en Salud (MIS)	P							0.00
	P(a)					235,880.00	235,880.00	381,947.00
	A					146,067.00	61,938.00	208,005.00
3.4 Documento propuesta para modificar el Reglamento Orgánico Interno del MSPAS	P							0.00
	P(a)					25,974.00	25,000.00	29,279.00
	A					4,279.00	39,402.00	43,681.00
3.5 Documento propuesta para modificar el Manual de Organización y Funciones del MSPAS	P							0.00
	P(a)					25,974.00	25,000.00	25,000.00
	A					0.00	10,326.00	10,326.00
3.6 Documento propuesta para el Reglamento de la Red de Servicios de Salud	P							0.00
	P(a)					25,974.00	25,000.00	30,879.00
	A					5,879.00	0.00	5,879.00
3.7 Documento propuesta de mecanismos de gestión de recursos humanos y calidad de la atención	P							0.00
	P(a)					500,000.00	622,914.00	629,840.00
	A					6,926.00	29,149.00	36,075.00
3.8 Documento de sistematización del proceso de dotación y permanencia del personal en los servicios de salud	P							0.00
	P(a)					31,169.00	25,000.00	30,294.00
	A					5,294.00	38,958.00	44,252.00
4 Component: Fortalecimiento de los sistemas de información y de la capacidad de								7,049,323.04
Output Definition		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cost
4.1 Territorios que reportan la producción de servicios de salud a través del sistema de	P							0.00
	P(a)					2,685,292.00	309,003.71	1,016,861.71
	A			553,508.00	154,350.00	0.00	101,079.00	808,937.00
4.2 Sectores que reciben asistencia técnica por parte del Equipo de Apoyo al Primer Nivel	P							0.00
	P(a)					1,724,040.00	0.00	3,034,356.00
	A					3,034,356.00	0.00	3,034,356.00
4.3 Documento propuesta para el Fortalecimiento del Sistema de Monitoreo y Supervisión	P							0.00
	P(a)					25,722.00	0.00	0.00
	A					0.00	0.00	0.00
4.4 Unidad Central de Sistemas de Información Gerencial en Salud (SIGSA) dotada con	P							0.00
	P(a)					2,827,382.00	2,798,105.33	2,798,105.33
	A					0.00	112,458.00	112,458.00
4.5 Evaluación de Impacto	P	0.00	300,000.00	0.00	300,000.00	300,000.00		900,000.00
	P(a)					205,000.00	200,000.00	200,000.00
	A					0.00	30,844.00	30,844.00
Other Cost								
Administración, Auditoría e Imprevistos	P		800,000.00	2,616,000.00	2,215,000.00			5,631,000.00
	P(a)		800,000.00	2,616,000.00	2,671,460.00	6,129,507.00	320,546.00	1,431,606.00
	A		0.00	434,268.00	413,944.00	262,848.00	213,353.00	1,324,413.00
Total		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Cost
Total Cost	P	600,887.00	3,308,613.00	7,984,446.00	11,583,501.00	300,000.00		23,777,447.00
	P(a)	0.00	1,823,492.00	7,553,107.00	7,849,961.00	28,788,597.00	16,004,403.24	33,527,716.24
	A	0.00	1,809,779.00	3,945,717.00	1,634,464.00	10,133,353.00	9,217,749.00	26,741,062.00

## II.4 Sostenibilidad

### a. Aspectos generales de sostenibilidad

Los elementos claves para la sostenibilidad del programa son:

1. Continuidad del modelo de APS. El personal contratado por el proyecto fue totalmente absorbido por el MSPAS, para seguir implementando el modelo de APS. Para el Ministerio, esta incorporación se ha traducido en una expansión del presupuesto de US\$17 millones por año. En gran medida, esto ayudará a la continuidad en el servicio que se presta a la población. El modelo PEC correspondía a uno de compra de servicios, y el de GMI a una expansión de la oferta del MSPAS, pero en base a grupos móviles. Ambos fueron reemplazados por un incremento de la oferta fija del MSPAS. La clave es que el modelo se mantenga en el tiempo y que, en caso de incluirse ajustes, se lleven a cabo de forma gradual para mantener la cobertura a la población más carente.
2. Capacidad de planificación sanitaria que permita identificar y priorizar brechas de servicio (cobertura) y recursos con enfoque de red. Sin perjuicio de la necesidad de priorizar áreas más carentes, es necesario que las estrategias incluyan el enfoque redes, de manera que las DAS puedan enfrentar las demandas de manera equitativas y que en el proceso se incluyan variables más específicas de la situación sanitaria.
3. Capacidad de supervisión de las acciones en el primer nivel. El componente 4 incluía el fortalecimiento de los mecanismos de supervisión. Este es un elemento clave tanto para asegurar que los recursos provistos entreguen los servicios esperados, así como para documentar este proceso. Este elemento es especialmente importante para garantizar que el personal contratado pueda maximizar la entrega de servicios a la comunidad.
4. Existencia de una organización y presupuesto para el mantenimiento de infraestructura y equipos. La necesidad de invertir en el remozamiento de los puestos de salud se derivó de la falta de mantenimiento de los mismos, en términos de sus sistemas eléctricos, de agua potable, alcantarillado, techos, piso y muros entre otros. La falta de mantenimiento es el resultado de una carencia de políticas en esta materia, que carece de presupuestos y guías técnicas y operativas, dado que no cuenta con un acuerdo ministerial que lo sustente. Dentro de la nueva operación, se ha incluido esta actividad dentro de los componentes a manera de diseñarla para el nivel nacional e implementarla en Huehuetenango y San Marcos.
5. Continuidad de equipos técnicos y gestores responsables de la implementación y supervisión. Uno de los factores de éxito de las políticas públicas es su continuidad, que está dada, por una parte, por la parametrización de los modelos, pero también por la continuidad de los liderazgos. El cambio de estos actores puede llevar a sobre plazo en las diversas gestiones o a la modificación de políticas y estrategias.

En la siguiente tabla se describen los riesgos asociados a estos factores clave, su probabilidad, impacto y medidas de mitigación.

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Mitigación
Cambio de modelo de APS	Media por el cambio de autoridades (ejecutivo y legislativo) en enero 2020	Alto	Diálogo con las autoridades para que los ajustes sean paulatinos
Carencia de Planificación sanitaria que identifique y	Medio, dado que el MSPAS ha avanzado	Medio	Diálogo con las autoridades para su desarrollo y ejecución de la nueva

priorice brecha de servicios y recursos.	en análisis y planificación de la red.		operación GU-L1163 que incluye metodologías y estudios para la planificación de la red.
Falta de Supervisión eficaz del primer nivel	Medio, dado que el MSPAS ha desarrollado un modelo de supervisión para primer y segundo nivel	Alto	Diálogo con las autoridades para su desarrollo y ejecución de la nueva operación GU-L1163, que incluye el modelo de gobernanza de la red.
Carencia de un acuerdo ministerial para el mantenimiento de infraestructura y equipos.	Alta, por carencia de una política en la materia	Alto	Diálogo con las autoridades para su desarrollo y ejecución de la nueva operación GU-L1163
Falta de continuidad de equipos técnicos y de gestión	Alta, por el cambio de autoridades (ejecutivo y legislativo) en 2020	Alto	Diálogo con el equipo de transición y nuevas autoridades, de manera de promover el concepto que el MSPAS es una empresa en marcha.

Nota: La operación GU-L1163 "Programa de Fortalecimiento de la Red Institucional de Servicios de Salud" (PRORISS) se aprobó el 29 de mayo 2019 y tiene como objetivo principal contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil principalmente en los departamentos de Huehuetenango y San Marcos, a través de la modernización de la red asistencial a nivel nacional para que entregue servicios oportunos, de calidad y con eficiencia.

## **b. Salvaguardas ambientales y sociales**

Los principales aspectos de salvaguardias de la operación se relacionan con el remozamiento y construcción de los puestos de salud. En ambos casos, se acataron las regulaciones del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales; para los remozamientos se prepararon las Boletas de Evaluación Ambiental Inicial y para las construcciones, la Evaluación de Impacto Ambiental. En ambos casos, se dotó de biodigestores para el tratamiento de las aguas negras antes de ser depositadas en los colectores municipales, la construcción de pozos de absorción para las aguas pluviales y la construcción de centros temporales de acopio de desechos sólidos hospitalarios y comunes.

El tema social, fue relevante en los remozamientos, dado que se requería de la prestación ininterrumpida de los servicios de salud, durante las obras. Para ello se trasladó el servicio hacia otro lugar, para dejar desocupado el puesto de salud, a través del arriendo de algún recinto próximo o la facilitación por parte de la comunidad. En la contratación de los grupos GMI, se incluyó como requisito que al menos uno de los miembros hablara la lengua local. Asimismo, en la contratación de personal institucional, en 2017 se promovió la contratación de personal local especialmente para los cargos de auxiliares de enfermería de manera que hablaran la lengua de la localidad.

Dentro de los remozamientos y construcciones, se efectuaron adecuaciones culturales para pueblos mayas, a través de la señalética de los ambientes de las clínicas, baños y áreas administrativas, para que los usuarios tengan claridad respecto a ellos.

El principal problema de las obras fue el retraso, que en algunos casos obligó a ampliar los plazos de arriendo de locales.

Otro aspecto en el ámbito social fue que se privilegió la contratación de personal local de manera que perteneciera a la etnia o hablara la lengua del territorio donde trabaja.

El proyecto estaba clasificado como categoría B, principalmente obras menores de rehabilitación y construcción de algunos puestos de salud en que no se esperaban mayores impactos ambientales. De acuerdo con los resultados observados, la categoría era la adecuada.

### **III. CRITERIOS NO CENTRALES**

#### **III.1 Desempeño del Banco**

Etapas de diseño:

En la fase de diseño de la operación, el Banco facilitó su preparación a través del diálogo con las autoridades y equipos técnicos del MSPAS. De la revisión del POD, se desprende que el diseño original fue acordado con las autoridades nacionales y estaba alineado con las políticas nacionales.

El diseño original obtuvo en la DEM un puntaje alto en la relevancia estratégica y altamente satisfactorio en la sección de evaluabilidad. Los riesgos fiduciarios eran moderados y las medidas de mitigación propuestas eran adecuadas. Se identificó el riesgo político del cambio de gobierno y se asumió que con el diálogo se podría mitigar el efecto en la gestión del programa. Respecto a la sostenibilidad, se esperaba que el MSPAS siguiera con el financiamiento de los GMI. El sistema de monitoreo asumía que se llevarían a cabo encuestas específicas para el relevamiento de datos primarios, incluyendo un estudio de línea base y se establecieron como condiciones especiales de ejecución. El principal efecto sobre el programa es que muchos de los indicadores de resultado que se establecieron durante la etapa de diseño de la operación, no fueron determinados en base a los indicadores institucionales que manejaba el MSPAS, sino que se diseñaron algunos de manera ad-hoc, a fin de que su monitoreo y evaluación dependía del desarrollo de nuevos sistemas de información; o al menos a la homologación o adaptación de ellos.

Etapas de Supervisión:

El cambio de modelo de APS presentó retos tanto para hacer cambios en productos como para cambiar el modelo de supervisión basado en el nuevo modelo de atención. La finalización del modelo PEC limitó la ejecución del programa hasta su reformulación en el segundo semestre del 2016, este hito coincidió con la extensión del plazo que inicialmente consideró un año, el que fue extendido posteriormente por 10 meses. El Banco se involucró en el proceso y adecuó los productos al nuevo modelo. Un aspecto que podría haber sido reforzado durante la supervisión, corresponde al monitoreo y evaluación de las actividades, así como la actualización de los indicadores de resultado al momento en que se modificó la matriz de resultados.

#### **III.2 Desempeño del Prestatario**

##### Cumplimiento de los convenios, acuerdo y salvaguardias

Dado que el primer desembolso coincidió prácticamente con la aprobación de la ley que eliminó el PEC, la ejecución del programa enfrentó un contexto de indefinición de las políticas de salud y un nivel de incertidumbre respecto a las acciones que se debían seguir, existiendo un alto riesgo de que estas no tuvieran continuidad. Estos llevaron a que el prestatario/ejecutor no cumpliera con las siguientes condiciones especiales de ejecución: (i) levantamiento de la línea de base para la evaluación del programa dentro del primer año de ejecución; (ii) evaluación de línea base; (iii) evaluación de medio término. Los cambios más relevantes se implementaron a partir del 2017, de manera que los productos (i), (ii) y (iii) habrían sido de relativa utilidad ya que no incluían el alcance final del programa especialmente en términos de territorios cubiertos y personal contratado. Uno de los desafíos en la implementación fue que la rotación del personal

implicó contar con nuevas formaciones para que el equipo de la unidad ejecutora conociera las cláusulas contractuales y las restricciones que conlleva cumplir con dichas cláusulas.

#### Medidas para establecer la sostenibilidad del proyecto

Cabe destacar que el prestatario/ejecutor está altamente comprometido con la sostenibilidad del programa a través del financiamiento del personal contratado, que equivale a US\$17 millones por año, así como el financiamiento de los nuevos puestos de salud en Chisec, que se completaron en el mes de junio 2019.

#### Cumplimiento del plan de monitoreo y evaluación

No se establecieron/implementaron mecanismos efectivos de monitoreo y evaluación de las intervenciones de la operación. No se realizó la primera evaluación (prevista para el segundo año de la ejecución) ni se propusieron medios alternativos para cumplir con su objetivo. Se estima que las razones se relacionan con la baja ejecución del programa que al cumplir los cuatro años sólo había ejecutado el 21,1% de los recursos del préstamo.

No se cumplió con el plan de monitoreo y evaluación acordado en el contrato. Básicamente se mantuvo una lógica de GMI hasta el año 2016 y posteriormente de MAIS/MIS. En este segundo periodo se eliminaron los indicadores de resultado originales y se inició un monitoreo basado en la medición de productos, sin redefinirse ningún nuevo resultado.

La evaluación final llevada a cabo por el MSPAS se centró en la evaluación del cambio en el nivel de abastecimiento de los recursos en los municipios intervenidos y no se vinculó a cambios en los resultados sanitarios.

Un tema clave es la información que maneja el MSPAS respecto a las coberturas de programa, ya que sólo en los últimos años, se ha incorporado dentro de las métricas que maneja SIGSA.

#### Otros tópicos relacionados con el desempeño del prestatario

El programa experimentó varios cambios en el personal que afectaron los tiempos de ejecución. En lo que se refiere a acuerdos y capacidad de implementación: hubo fallas en la coordinación entre la UC y las unidades de línea del MSPAS (como por ejemplo área fiduciaria y área de adquisiciones) que se tradujo en: (i) demoras en la identificación de intervenciones; (ii) adjudicación de contratos para obras ya ejecutadas; (iii) duplicidad de abastecimiento de medicamentos; y (iv) errores en las EETT para equipos.

Vacíos de conocimiento de las políticas de adquisiciones del Banco. En algunas ocasiones, las comisiones evaluadoras tomaban decisiones que no cumplían con las políticas del Banco. El equipo de adquisiciones del Banco organizó varios talleres para incrementar el conocimiento del equipo y poder contar con solución oportuna.

Aspectos fiduciarios. La ejecución financiera y de adquisiciones del programa, se vieron afectadas debido a la no aprobación oportuna de las asignaciones presupuestarias requeridas para la suscripción de contratos y pagos a contratistas y proveedores. Otro factor que incidió en la ejecución fue la asignación de cuotas financieras y los plazos que conllevó la autorización de modificaciones presupuestarias de los recursos el programa.

#### IV. Hallazgos y recomendaciones

Hallazgos	Recomendaciones
Dimensión 1: Técnica-sectorial	
La desnutrición crónica en niños de 6-24 meses fue el indicador con menor avance debido a la existencia de factores como limitados servicios de agua y saneamiento, que inciden en la salud de los menores	Diseñar Programas integrales que aborden estos factores determinantes de la salud como agua y saneamiento, así como intervenciones específicas de salud, a fin de que las acciones para reducir la desnutrición sean más efectivas.
Durante la ejecución de la operación, el ministerio de salud modificó el modelo de atención de salud de (de gestores móviles a oferta fija). En la matriz de resultado, todos los indicadores de resultados tenían en su definición la prestación de servicio por gestores móviles. Al cambiar el modelo de atención, se hizo necesario adecuar indicadores de la matriz de resultado para medir los cambios en los servicios de acuerdo al nuevo modelo. En otros países también se ha dado casos de cambios en los modelos de atención, lo cual ha implicado cambios en los numeradores y denominadores de los indicadores.	Se recomienda elaborar indicadores de resultados basados en los servicios que se quieren aumentar o mejorar sin la mención del modelo de atención específico. De tal forma que, si el modelo cambia, lo que se modificaría sería la línea de base y metas futuras
El plan de Monitoreo y Supervisión no se realizó de acuerdo a lo planificado, lo que se tradujo en falta de información para verificar el desempeño del proyecto	<p>El modelo de supervisión debe basarse en el monitoreo de indicadores de proyecto con fuentes de información existentes y no depender del diseño de un nuevo sistema, incluyendo el desarrollo de un manual de monitoreo, supervisión y evaluación previo al inicio de la ejecución. Debe considerarse un modelo de monitoreo concurrente.</p> <p>Es recomendable fortalecer el sistema de información del MSPAS de manera de garantizar que generen de manera permanente y confiables indicadores de cobertura, calidad y eficiencia del sistema de salud</p>

	<p>El modelo de supervisión debe considerar los diferentes niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel), de manera de verificar el efecto de los proyectos de manera conjunta. Ej. si se mejora la oferta en primer nivel que efecto tiene no solo en redes de atención en el MSPAS, que integre los diferentes niveles de atención.</p> <p>Se debe medir los resultados parciales de manera de verificar a tiempo su cumplimiento.</p>
Dimensión 2: Organizacional y de gestión	
Los responsables de la UE tuvieron dificultades para coordinarse activamente con las contrapartes dentro del MSPAS, lo que tuvo efecto en la celeridad de la ejecución.	<p>Los responsables del programa deben combinar capacidad de gestión dentro de la institución ejecutora, y constituir alianzas con otras instituciones.</p> <p>Dada la necesidad que la UE maneje un conjunto de elementos técnicos, financieros, de adquisiciones, administrativos y legales es recomendable que se asegure la continuidad del personal clave. Actualmente esta iniciativa está siendo implementada a través de la creación de la Unidad Especial para la Ejecución de proyectos y Programas en Salud (UEPPS)</p> <p>Para apoyar a la UEPPS, se recomienda que el Banco apoye la conformación de equipos técnicos permanentes, que puedan asumir la responsabilidad de la implementación.</p>
El ejecutor enfrentó dificultades en la ejecución del programa para adecuarse a los cambios de la matriz de resultados y acelerar las adquisiciones.	<p>En caso de cambios relevantes en el plan de adquisiciones se recomienda actualizar Reglamento Operativo (RO), de manera que los procesos, flujos, tiempos, competencias y responsabilidades permitan responder a los ámbitos de acción del proyecto</p> <p>Asimismo, se recomienda actualizar el análisis de capacidad institucional, de manera de incorporar ajustes a la gobernanza necesaria para la adecuada ejecución del contrato de préstamo.</p>
La rotación de Coordinadores generó un incremento en el plazo de ejecución por la necesidad de validar nuevamente la planificación y el equipo responsable	<p>Es recomendable que el perfil del/de la coordinador/a combine experiencia en gestión integral de proyectos similares con la capacidad de articulación técnica y política, así como conocimiento de ejecución con sistemas de Gobierno.</p> <p>En caso de cambio de coordinador/a, definir de manera explícita un proceso reglado de transición y entrega de información (gobernanza, técnica, administrativa, financiera) que facilite la continuidad en la ejecución. Se recomienda incluir una cláusula en el RO.</p>

	Es recomendable que el/la coordinador/a sea específico/a del Programa y que no diluya sus responsabilidades con otros, de manera que verifique que se ejecute en plazo, presupuesto y alcance. Asimismo, se recomienda que tenga cuentadancia <sup>44</sup> de manera de agilizar los procesos formales dentro del MSPAS.
Dimensión # 3 Relacionada con procesos y actores públicos	
En el MSPAS, el Programa no formaba parte de las actividades de línea institucional, lo que se tradujo en demoras en los procesos de identificación de requerimientos, así como en la ejecución de algunas actividades	El MSPAS debe velar porque el RO refleje exhaustivamente las coordinaciones necesarias para la ejecución entre la UEPPS y las unidades técnicas. En caso de actualización de actividades del programa o de la organización del MSPAS se debe ajustar el RO.
	Socializar el Programa, dentro del ejecutor para lograr un mayor compromiso institucional, aquí son claves el taller de arranque, así como brindar la información pertinente cada vez que cambian autoridades y líderes del proyecto.
	Adicionalmente, se deben establecer mesas de trabajo periódicas entre la UE y las reparticiones con responsabilidad en la ejecución del Programa, considerando los planes institucionales y la contribución del Programa a los mismos.
Dimensión # 4 Fiduciaria	
Numerosos procesos técnicos y administrativos se llevaron a cabo de manera desfasada, lo que se tradujo en un mayor plazo de ejecución de lo programado.	En la planificación se deben combinar adecuadamente los plazos de los procesos financieros (identificación presupuestaria); administrativos (licitación y formalización de contratos) y técnicos (definición de requerimientos).
	La unidad ejecutora debe ser conformada con equipo técnico y administrativo, con cuentadancia, con monitoreo permanente e integral, que le permita un mejor manejo de las actividades y plazos para las gestiones financieras, administrativas y técnicas.
Tiempos, Plan Financiero y asignaciones presupuestarias no coordinadas	Revisar periódicamente la planificación inicial y efectuar ajustes realistas de acuerdo al plazo y recursos disponibles considerando la complejidad de las adquisiciones.

<sup>44</sup> Cuentadancia, corresponde a la atribución de los funcionarios público de Guatemala, para suscribir contratos a nombre del Gobierno.



	Anticipar los requerimientos de asignaciones presupuestarias, y solicitar desembolsos y cuotas financieras de acuerdo a la planificación prevista. Asimismo, que MINFIN las asigne oportunamente.
Numerosos procesos de adquisiciones presentaron especificaciones técnicas inadecuadas que se tradujeron en declarar desiertas las licitaciones.	Contar con expertos propios o consultores de apoyo en el área de adquisiciones para que preparen y verifiquen especificaciones técnicas o TDR en el mercado antes de iniciar procesos, y así reducir el riesgo de declarar desierta una licitación o que se generen diferencias sustanciales entre el costo estimado y la oferta.
	Capacitar periódicamente al equipo de adquisiciones en preparación de especificaciones técnicas o TDR
En algunas licitaciones se observó una baja participación de oferentes, lo que limitó la competencia y en algunos casos llevó a declarar desiertos los procesos.	Contar con estudios del mercado oferente antes del llamado a Licitación.
	Promover la competencia informado al mercado a través de: (i) medios de comunicación masiva; (ii) Road Show (promoción cartera de inversiones) y (iii) reuniones de difusión con los potenciales oferentes.

Project Completion Report  
GU-L1022

Development Effectiveness  
Summary

*I. Development Effectiveness - Core Criteria*

<i>Recommended overall rating:</i>		<i>Partly unsuccessful</i>
		Weight
1. Relevance	4.00	20%
2. Effectiveness	1.00	40%
% of outcomes that were achieved	65.2%	
3. Efficiency	4.00	20%
4. Sustainability	4.00	20%
<i>II. Development Effectiveness - Non core Criteria</i>		
Bank's Performance	Satisfactory	
Borrower's Performance	Satisfactory	