

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

GUATEMALA

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA

(GU-L1009)

PROPUESTA DE PRESTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Marie Gaarder (RE2/SO2), Jefa de Equipo; Juan Manuel Fernández (RE2/SO2); Marcella Distrutti (RE2/SO2); Mariana Williman (RE2/SO2); André Medici (SDS/SOC); Miguel Coronado (LEG/OPR); Nohora Alvarado (COF/CGU); Juan Carlos Martell (COF/CGU); Nelson Hernández y Oscar Mendez (consultores).

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO	1
I. MARCO DE REFERENCIA.....	2
A. Situación socio-económica actual	2
B. Sector salud	3
C. La reforma de salud en Guatemala.....	4
D. Organización del sistema de salud	5
E. Principales problemas del sector salud.....	7
F. Estrategia del país en el sector.....	9
G. Estrategia del Banco en el sector.....	9
H. Coordinación con otros donantes	10
I. Otros programas y lecciones aprendidas	10
J. Estrategia del Programa.....	11
II. EL PROGRAMA.....	12
A. Objetivos y descripción	12
B. Estructura del Programa	12
1. Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de salud	12
2. Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de DSHP.....	14
3. Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria	15
4. Componente IV. Monitoreo y evaluación	16
C. Administración del Programa.....	17
D. Costo y financiamiento.....	17
III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	18
A. Prestatario y organismo ejecutor	18
B. Ejecución y administración del proyecto	18
C. Estructura de ejecución.....	19
D. Plan de ejecución del Programa	19
1. Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de salud	20
2. Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de DSHP.....	20
3. Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria.....	22
4. Componente IV. Monitoreo y evaluación	22
E. Adquisición de bienes y servicios	22
F. Período de ejecución y calendario de desembolsos.....	23
G. Mantenimiento.....	23
H. Seguimiento y evaluación.....	23
IV. VIABILIDAD Y RIESGOS.....	25

A.	Viabilidad institucional	25
B.	Viabilidad técnica.....	26
C.	Viabilidad socioeconómica	27
D.	Viabilidad financiera	28
E.	Impacto social y ambiental.....	29
F.	Beneficios y beneficiarios	29
G.	Riesgos	30

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ANEXO I - MARCO LÓGICO

Referencias electrónicas	
Datos Socioeconómicos Básicos	http://www.iadb.org/res/externallink_list.cfm?language=en&parid=1&itemlid=1&detail=Box1#b1
Cartera en ejecución y préstamos aprobados	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=881170
Programa tentativo de préstamos	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=881775
Información disponible en los archivos de RE2/RE2	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=881772
Plan de Adquisiciones del Programa	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=891854
Síntesis de Proyectos Relacionados	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=905046
Justificación y Criterios Utilizados para la Construcción y Rehabilitación de Hospitales del Programa	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=905039
Plan de Operaciones Implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria (GU-T1062)	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=904525
Tabla de Monitoreo GU-L1009	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=906620
Tabla de Monitoreo GU-T1062	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=906624

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AM	Área Metropolitana
ANS	Agenda Nacional de Salud
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo
AVISA	Años de Vida Saludables
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAFTA-DR	<i>Central-America-Dominican Republic –U.S. Free Trade Agreement</i>
CAIMI	Centros de Atención Integral Materno-Infantil
CGH	Coordinación General de Hospitales
CHC	Consortio Hospitalario de Cataluña
CT	Consejo Técnico
DAM	Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento
DPE	Departamento de Proyectos y Evaluación
DRPSA	Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente
DSHP	Desechos Hospitalarios
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ESS	Enfoque Sectorial de Salud
FIS	Fondo de Inversión Social
FONAPAZ	Fondo Nacional para la Paz
GGAF	Gerencia General Administrativo-Financiera
IGSS	Instituto Guatemalteco para la Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISDP	Informe de Seguimiento de Desempeño de Proyecto
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
LEP	Loan Enhancement Project
MDE	Memorando de Entendimiento
MGH	Modelo de Gestión Hospitalaria
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MO	Manual Operativo
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organismo No Gubernamental
PIB	Producto Interno Bruto
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PMSS I Y II	Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud
POA	Plan Operativo Anual
PQS	Plan Quinquenal de Salud
RR.HH.	Recursos Humanos
SECI	Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional
SIAFI	Sistema Integrado Administrativo Financiero
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
TB	Tuberculosis
TIR	Tasa Interna de Retorno

UATH	Unidad de Asistencia Técnica Hospitalaria
UCPYP	Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos
UPE	Unidad de Planificación Estratégica
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN DEL PROYECTO
GUATEMALA
PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA
(GU-L1009)

Términos y Condiciones Financieras ¹				
Prestatario: República de Guatemala Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)			Plazo de amortización:	25 años
			Período de Gracia:	4 años
			Desembolso:	4 años
Fuente	Monto	%	Tasa de interés:	Variable
BID (CO):	50,0 millones	95,6	Comisión de inspección	0
Local:	274 mil	0,5	y vigilancia:	
Cooperación Técnica No Reembolsable (BID/JPO) (Anexo V)	1,6 millón	3,1	Comisión de crédito:	0,25%
Aporte local, Cooperación Técnica	408 mil	0,8		
Total	52,3 millones	100,0	Moneda:	Dólares de los EE.UU de la Facilidad Unimonetaria

Esquema del Proyecto

Objetivo del proyecto: El fin del Programa es mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca. El objetivo es fortalecer la infraestructura de la red de servicios de salud a través de la inversión física en la red hospitalaria congruente con un adecuado manejo ambiental de los hospitales y apoyando el fortalecimiento de la gestión hospitalaria.

Condiciones contractuales especiales: (a) **Condiciones previas especiales al primer desembolso:** (i) nombramiento del Director de la Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos (UCPYP), selección de Coordinadores del Programa y designación de los funcionarios de la Unidad de Asistencia Técnica Hospitalaria (ver párrafo 3.2) (ii) aprobación y entrada en vigencia del MO y del modelo de convenio (ver párrafo 3.6); (iii) aprobación del plan de acción de fortalecimiento institucional (ver párrafo 4.2); y (iv) aprobación del Plan Maestro de Mantenimiento (ver párrafo 3.12) y (b) **Condiciones especiales de ejecución:** (i) presentación de evidencia sobre posesión legal de terrenos (ver párrafo 3.9); (ii) presentación del plan de adquisiciones (ver párrafo 3.20); (iii) asignación de recursos en el presupuesto para el mantenimiento (ver párrafo 3.15); (iv) realización de revisiones anuales y presentación de planes operativos anuales (ver párrafo 3.28); (v) presentación de datos básicos iniciales revisados (ver párrafo 3.26) y (vi) realización de evaluación intermedia y final del Programa (ver párrafo 3.29).

Excepciones a las políticas del Banco: Constitución de fondo rotatorio hasta por el 20% (ver párrafo 3.23)

El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Sí [X] No []

El proyecto califica como: SEQ[X] PTI [X] Sector [X] Geográfica [] % de beneficiarios[]

Adquisiciones: Ver Plan de Adquisiciones y párrafos 3.20–3.22.

Fecha Verificación del CESI: 26 de enero de 2007

La tasa de interés, la comisión de crédito, y la comisión de inspección y vigilancia que se mencionan en este documento se establecen según lo dispuesto en el documento FN-568-3-Rev. El Directorio Ejecutivo puede modificarlas tomando en consideración los antecedentes existentes a la fecha, así como la respectiva recomendación del Departamento de Finanzas. En ningún caso la comisión de crédito podrá superar el 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia el 1%.(*)

(*) En lo que respecta a la comisión de inspección y vigilancia, en ningún caso el cargo podrá superar en un semestre dado el monto que resultaría de aplicar el 1% al monto del préstamo, dividido por el número de semestres incluido en el plazo original de desembolso.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Situación socio-económica actual

- 1.1 En la última década, Guatemala ha implementado importantes reformas (destacándose las del sector financiero) y ha conducido políticas económicas consistentes con un marco macroeconómico estable. En este entorno, se destacan el aumento significativo en las reservas internacionales y el mantenimiento de la disciplina fiscal. Con un crecimiento del PIB del 3,2% en el 2005, y un estimado preliminar de 4,6% en el 2006, Guatemala revirtió la desaceleración sufrida desde el 2001 y frenó la caída del PIB per cápita que se había registrado en los años 2001-2004. Este cambio en la tendencia fue promovido por un aumento en las exportaciones, alentadas por la recuperación de la economía norteamericana, y un vigoroso aumento en las remesas familiares, que resultó en un incremento importante del consumo privado. Todo esto, en el marco del choque petrolero y del impacto de la tormenta tropical Stan, denota un actual dinamismo en la economía que contrasta con años anteriores.
- 1.2 **Perspectivas macroeconómicas.** En un entorno externo favorable y un clima de negocios interno que sigue mejorando, se proyecta que para el 2007 continúe el buen ritmo de crecimiento económico, con una leve aceleración en el incremento del PIB al 4,8%. Se estima que la puesta en marcha del CAFTA-DR será otro factor positivo para las perspectivas de inversión. El nivel de inflación en 2006 culminó dentro de la banda objetivo del 4%-6% anual, después de haberse alcanzado el 8,6% en el 2005 (producto principalmente del alza de los hidrocarburos y la presión de Stan sobre los precios agrícolas). Para el 2007 se pronostica un nivel también dentro de la banda objetivo. Se estima que el déficit de la cuenta corriente se mantendrá estable para el 2007, en alrededor de 4% del PIB, y que las reservas internacionales continuarán incrementándose, debido fundamentalmente al aumento sostenido de las remesas familiares. El déficit fiscal, moderado en el 2005 (1,5% del PIB), terminó en el 2006 en alrededor del 2,5% del PIB, debido principalmente al incremento de gastos por la reconstrucción después de la tormenta tropical y por el aumento en el gasto social. Se prevé que el déficit volverá a estar por debajo del 2% del PIB en el 2007.
- 1.3 **Reforma fiscal.** El tema fiscal continúa siendo la pieza clave, tanto para el manejo macroeconómico, como para el desarrollo del país. Al finalizar el año 2006, la carga tributaria siguió estancada a un nivel cercano al 10% del PIB (el compromiso de los Acuerdos de Paz es de 12%) y se proyecta un nivel sin variación para el 2007. No obstante, cabe destacar que las autoridades han realizado esfuerzos para reforzar la administración tributaria, aumentar el gasto social y mejorar la eficiencia y transparencia del gasto público. Una nueva iniciativa interpartidaria para reactivar el Pacto Fiscal ha sido lanzada en agosto del 2006 y se espera que cristalice en una posible reforma a finales del 2007. Mientras tanto, el gasto social ha aumentado hasta un nivel de 5,4% del PIB en el 2005 (los Acuerdos de Paz marcaban sólo el 5% del PIB), y se estima preliminarmente que se alcanzó el récord de 6,1% del PIB en el 2006.

- 1.4 **Situación social.** Guatemala presenta la mayor población de Centroamérica (12,6 millones de habitantes estimados en el 2005, de los cuáles el 48% son indígenas) y puede calificarse como un país de ingresos medios. Su ingreso per cápita (Paridad de Poder Adquisitiva) en el 2005 alcanzó los US\$4.155, valor inferior al de El Salvador, Belice, Panamá y Costa Rica y mayor que los demás países del Istmo Centroamericano. El país registra la peor distribución del ingreso de la región centroamericana, con un coeficiente Gini de 0,58 - el segundo más alto de Latinoamérica después de Brasil. Mientras el 10% más rico del país recibe el 46,8% del ingreso total, el 20% más pobre sólo recibe el 2,4%. En general, el 56,2% de los guatemaltecos están bajo la línea de pobreza (cerca de 76% de los indígenas) y el 21% vive en condiciones de pobreza extrema. Esta situación se refleja en los indicadores sociales básicos, que están entre los peores del Istmo Centroamericano y muy por debajo de lo esperado para un país con este nivel de ingreso per cápita. Guatemala ocupa la posición No. 117 de un total de 177 países (2005) en la lista del Índice de Desarrollo Humano, y el promedio de años de escolaridad entre los mayores de 14 años, de 4,3, es el segundo más bajo de Latinoamérica¹.
- 1.5 La pobreza y la desigualdad están arraigadas en la exclusión de grupos específicos que han visto restringido su acceso a las oportunidades sociales, económicas y políticas. En particular, tres de cada cuatro indígenas viven en las zonas rurales, lo que aumenta sus probabilidades de ser pobres. El 81,4% de los indígenas trabaja en el sector informal, comparado con 58,9% de los no-indígenas y el 41,7% de los indígenas son analfabetos frente a 17,6% de los no-indígenas².
- 1.6 Desde la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, se hicieron importantes esfuerzos para mejorar la situación social. Sin embargo, dado el difícil escenario inicial, las limitaciones en la recaudación y en el gasto público, el país no ha podido mejorar substancialmente la posición relativa de sus indicadores sociales en la región³.

B. Sector salud

- 1.7 Los principales indicadores de nivel de salud de Guatemala, relacionados con los Objetivos del Milenio y con el Desarrollo Humano, expresan un muy bajo nivel de salud a través de los siguientes valores: (i) esperanza de vida al nacer de 67,9 años en 2005, lo cual está por debajo del promedio de 70,8 años del Istmo Centroamericano; (ii) mortalidad infantil de 39 por mil nacidos vivos para el período 1997-2002 (49 en la población indígena); (iii) mortalidad en menores de cinco años de 47 por mil niños; (iv) mortalidad materna “informada” de 153 y “ajustada” de 240 por 100 mil nacidos vivos; y (v) desnutrición crónica en menores de cinco años de 49%, la cual es de las más elevadas del mundo.

¹ Datos secciones A y B: extraídos de (i) OPS. Basic Indicators, 2005; (ii) BID. Estrategia de País con Guatemala, 2004-07; (iii) PNUD. Informe de Desarrollo Humano, 2005; y (iv) Banco Mundial. Country Assistance Strategy, Guatemala; y (v) MSPAS. Situación de la Salud y su Financiamiento, 1999-03.

² Estrategia del Banco con Guatemala.

³ Los Acuerdos de Paz establecieron un nivel mínimo de gasto de 1,3% para salud pública. Estos niveles se han venido cumpliendo (BID: Estrategia de País con Guatemala, 2004-2007).

- 1.8 El Perfil Epidemiológico de la población guatemalteca corresponde al segundo estadio de la transición demográfica con tasas de mortalidad y fecundidad de tipo intermedia, prevaleciendo una estructura en la que es evidente la “doble carga epidemiológica” y en la cual persisten tanto las enfermedades transmisibles como no transmisibles, con los problemas de salud reproductiva, malnutrición y lesiones, pero con predominio de las enfermedades infecciosas que suelen acompañarse de brotes epidémicos. Las principales causas de mortalidad entre niños menores de cinco años son las infecciones respiratorias agudas, diarreas y enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria. Entre las causas no transmisibles entre adultos se destacan enfermedades cardiovasculares, cánceres y otras enfermedades degenerativas. La violencia ha crecido significativamente en las áreas urbanas. En el 2004, el número de casos de muerte por arma de fuego representó el 3,5% del total y las heridas por arma de fuego fue una de las primeras cinco causas de morbilidad en el Área Metropolitana (AM).
- 1.9 Desde los Acuerdos de Paz, y mediante la Reforma de Salud aprobada por el gobierno y apoyada por el Banco, se ha aumentado el gasto público en salud como proporción del PIB (del 1% al 2,3%). A partir de 1997 se inició la expansión de servicios básicos de salud a los grupos más desfavorecidos del área rural, a través del Programa de Extensión de Cobertura, para el año 2006 la misma ha alcanzado 4.1 millones de habitantes, no obstante, aún persisten problemas de acceso e importantes disparidades en cobertura y calidad. Además se ha iniciado un proceso de mejora de la gestión de los servicios de salud, en especial de los hospitales, que ya ha mostrado algunos resultados (ver párrafo 1.24).

C. La reforma de salud en Guatemala

- 1.10 Los objetivos de la reforma de salud fueron: (i) ampliar la cobertura y entrega de servicios sobre la base de un modelo de atención orientado a la prevención; (ii) aumentar el gasto público en salud, a través de actividades que favorezcan la reasignación de recursos públicos con mayor nivel de eficiencia y equidad, brindando garantía de acceso a los servicios de salud para la población de mayor riesgo de un modo financieramente sostenible; y (iii) generar una respuesta social organizada, por medio de la articulación del gobierno y de la seguridad social con los Organismos No Gubernamentales (ONG), los prestadores privados y las organizaciones comunitarias. Para alcanzar estos objetivos fueron utilizados los siguientes instrumentos: (i) la creación de un Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), iniciativa que promueve un plan básico de servicios de salud, definido en el ámbito del MSPAS, dirigido a la población de mayor riesgo; (ii) el uso de mecanismos de focalización en el marco del Plan Nacional de Salud, especialmente para grupos familiares, pueblos indígenas, y población inmigrante; y (iii) la transferencia de responsabilidades administrativas y del financiamiento a las Jefaturas del Área de Salud, como forma de desconcentrar el SIAS.

- 1.11 La expansión de cobertura se dio a través de la firma, hasta la fecha, de 160 contratos con 88 ONG, para la cobertura de 4,1 millones de beneficiarios a través de un paquete básico conteniendo: (i) atención materna; (ii) atención infantil; (iii) atención de urgencia, demanda de cuidado intensivo y control de enfermedades; y (iv) medidas ambientales. El modelo inició una nueva modalidad de contratación donde medidas de desempeño, satisfacción del usuario, producción de servicios, productividad y expansión de cobertura tuvieron que ser desarrolladas durante el proceso de experimentación, logrando, según estudios de grupos de control, mejores resultados que las formas tradicionales de prestación⁴.
- 1.12 La reforma se financió a través de dos préstamos del Banco (Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, PMSS I y II) y también propició el diseño e implementación de un nuevo Modelo de Atención Hospitalaria, que se está implementando en 10 hospitales y se pretende implementar en todo la red. Incluye, además, inversiones en equipo e infraestructura, principalmente en materno infantil. Se ha fortalecido también la capacidad de rectoría, administrativa y financiera, en áreas críticas del MSPAS, como planificación, presupuesto, control financiero, adquisiciones y otras.
- 1.13 El financiamiento del sector salud proviene de cuatro fuentes en orden de importancia: los hogares (65,9%), el gobierno (19,6%), las empresas (10,7%) y la cooperación externa (3,1%). Guatemala presenta el nivel de gasto público en salud más bajo de Centroamérica (2,3% del PIB) y muy inferior al promedio de la región Latinoamericana⁵. El gasto público del MSPAS, responsable por la cobertura del 71% de la población, representó el 0,87% del PIB en 2006, pero en términos per-cápita, registró una leve mejora en los últimos tres años. El presupuesto asignado y ejecutado del MSPAS ha registrado un crecimiento anual promedio de 7% y 11%, respectivamente, desde 1998. Asimismo, el gasto en la función salud⁶ aumentó en este período de 7,8% a 8,7%. En el presupuesto del 2006 el 97,5% del gasto del MSPAS se orientó hacia gastos recurrentes, mientras que solo el 1,4% se destinó a inversiones. Las restricciones fiscales existentes en el país, derivadas de la insuficiencia de los ingresos tributarios, hacen aún más necesario aumentar la eficiencia, transparencia y equidad del gasto social⁷.

D. Organización del sistema de salud

- 1.14 El sistema de salud comprende un subsector público, un subsector privado y ONG. El MSPAS atiende básicamente a los segmentos de bajos recursos de la población, mientras que el Instituto Guatemalteco para la Seguridad Social (IGSS) y el sector privado atienden segmentos de medianos y altos recursos. El MSPAS es la entidad

⁴ La Forgia, G.; Mintz, P. & Cerezo, C., *¿Es lo perfecto enemigo de lo bueno? Estudio de un caso práctico sobre la contratación en gran escala de servicios básicos de salud en Guatemala rural*, Banco Mundial, 2005.

⁵ Banco Mundial, "Proyecto de Nutrición y Salud Materno-Infantil", diciembre, 2005, página 32.

⁶ Incluye gastos de otras entidades del GOGU (Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ), Fondo de Inversión Social (FIS), Consejos de Salud).

⁷ BID Estrategia de País con Guatemala 2004-2007.

rectora del sistema y el responsable por proveer servicios de salud a la población en general. Otros proveedores públicos, como el IGSS, la Sanidad Militar y el Hospital de la Policía Civil Nacional cubren grupos específicos de la población.

- 1.15 El MSPAS tiene una oferta de 1.314 establecimientos de los cuales el 3,2% son hospitales y el 96,8% son establecimientos de nivel primario de atención (ver Cuadro I-2). La relación cama-habitante a nivel nacional es de cerca de 0,6 por 1.000⁸. Sumándole los establecimientos del IGSS, el país posee alrededor de 0,7 camas por 1.000, muy por debajo del promedio Latinoamericano de 1,9⁹.

Cuadro I-1
El sistema de salud de Guatemala (miles)

Institución	Población responsable	Con cobertura		Sin cobertura	
		Número	%	Número	%
MSPAS	9.424	6.100*	48,0	3.324	26,2
IGSS	2.044	2.044	16,1	0	0,0
PRIVADOS	1.100	1.100	8,7	0	0,0
OTROS	132	132	1,0	0	0,0
Total	12.700	9.376	73,8	3.324	26,2

Fuente: CHC, 2006

* La cobertura del MSPAS se calcula en base a la producción de primeras consultas médicas y de enfermería proporcionadas en toda la red de servicios del Ministerio.

Cuadro I-2
Los establecimientos públicos de salud de Guatemala¹⁰

Establecimientos	Número	%	Camas
Hospitales	43	3,2	
Generales. Pequeños. Distritales	11		411
Generales. Intermedios Departamentales	20		2.662
Generales. Regionales	6		756
Referencia Nacional	2		1.521
Especializados	4		696
Centros salud con camas	34	2,6	
Centros salud sin camas	246	18,8	
Puestos de salud	972	74,0	
Maternidades cantoriales	16	1,2	
Clínicas periféricas	3	0,2	
Total	1.314	100 %	6.046

- 1.16 Los servicios que presta la red hospitalaria se establecen por categoría de acuerdo al nivel de capacidad instalada. Los hospitales distritales son establecimientos de menor tamaño en donde asisten médicos generales para atención ambulatoria y hospitalaria básica. Los departamentales incluyen especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. Los regionales se caracterizan por la presencia de especialistas en el área de medicina interna o cirugía. Los hospitales de referencia nacional incorporan alta tecnología en el campo quirúrgico y de imágenes diagnósticas (transplantes, cirugía cardiovascular, micro-neurocirugía, escáner, resonancia magnética nuclear,

⁸ CHC, 2006.

⁹ OPS, *Health Situation in the Americas, Basic Indicators*, 2005.

¹⁰ CHC, 2006.

radiología digital). Los hospitales especializados atienden a patologías específicas como ortopedia, salud mental, TB e infectología.

- 1.17 El IGSS por su parte cuenta con 28 servicios hospitalarios de tercer nivel, 51 consultorios con capacidad de resolución calificada de segundo nivel y 18 puestos de salud para atender el primer nivel. Sin embargo, el IGSS no ha realizado inversiones para renovar o rehabilitar sus hospitales en los últimos 10 años.
- 1.18 **El sistema hospitalario en el Área Metropolitana (AM).** Los dos hospitales de referencia nacional y de alta complejidad (Roosevelt y San Juan de Dios) situados en la Ciudad de Guatemala, además de recibir la demanda de todo el país por su nivel de complejidad, se ven obligados a cubrir la demanda no atendida del AM, incluyendo un número significativo de beneficiarios del IGSS. El AM también cuenta con cuatro hospitales especializados y uno general. En su conjunto ofertan un total de 2.389 camas con la distribución por sector detallada en el Cuadro I-3.
- 1.19 El AM tenía en 2002 un volumen de población de 2,5 millones habitantes, de los cuales se estima en 1,8 millones los habitantes que serían responsabilidad de los servicios del MSPAS, y el resto del IGSS y del sector privado.

Cuadro I-3
La oferta hospitalaria en el Área Metropolitana

Sector	Población (i)	Hospitales	Camas disponibles (iv)	Índice cama por mil	Déficit de camas (v)
0. Centro	659.644	6 (ii)	2.219	3,36	0
1. Noreste	135.217	0	0	0,00	135
2. Sureste	99.223	0	0	0,00	100
3. Suroeste	450.679	1 (iii)	170	0,40	280
4. Noroeste	434.343	0	0	0,00	435
Total	1.779.106	7	2.389	1,34	950

Fuente: CHC, 2006.

(i) Población del Área de Salud de Guatemala de responsabilidad del MSPAS en 2002 (70% del total);

(ii) Hospitales: Roosevelt, San Juan de Dios, Infectología, Salud Mental, Ortopedia, San Vicente;

(iii) Hospital de Amatitlán;

(iv) Camas para la atención de pacientes con patologías “agudas y crónicas”; y

(v) Con base en un índice mínimo de 1,0 por mil habitantes

E. Principales problemas del sector salud

- 1.20 Los principales problemas que debilitan el funcionamiento de la actual estructura de servicios de salud y la red hospitalaria se describen a continuación.
- 1.21 **La baja cobertura de atención con servicios de salud** constituye un importante problema por: (i) su magnitud (en el año 2006¹¹ existía un total de 1,7 millón de habitantes sin atención en los servicios de salud del país lo que representa el 13% del total de población); (ii) su trascendencia (la población sin cobertura era mayoritariamente indígena, rural y urbano marginal); y (iii) la falta de equidad del sistema, ya que la escasez de cobertura afecta mayoritariamente a la población en

¹¹ Tercer Informe del Presidente al Congreso de la República. Enero de 2007.

condición de pobreza. La baja cobertura hospitalaria se refleja en que, en promedio, solo existen 0,7 camas por 1.000 habitantes. En el caso específico del AM, el Cuadro I-3 demuestra que cuatro de los cinco sectores del Departamento de Guatemala tienen serios problemas de accesibilidad a servicios hospitalarios. Los sectores “oeste” (norte y sur) son los que concentran mayor volumen de población (885.022 habitantes), pero solamente disponen de un hospital con 170 camas (Amatitlán, que es antiguo y se encuentra en malas condiciones físicas).

- 1.22 Con relación a la población indígena, aunque hay avances en la adecuación a la cultura y valores aún queda trabajo por realizar. Entre los principales aspectos que dificultan el acceso están: (i) el idioma; (ii) la comunicación y el trato que se ofrece a los pacientes y sus familiares; (iii) los diferentes hábitos alimentarios y sanitarios; y (iv) la respuesta médica a las necesidades de los pacientes que con frecuencia no toman en consideración las tradiciones y hábitos de los pueblos indígenas.
- 1.23 **Débil implementación de redes.** El limitado funcionamiento de sistema de redes de servicios de salud, cuyo objetivo es coordinar los niveles de atención y garantizar los sistemas de referencia y contra-referencia, implica una desintegración funcional entre los distintos niveles de complejidad que integran el sector salud.
- 1.24 **Deterioro de infraestructura y equipamiento hospitalario.** La red de 43 hospitales del MSPAS está deteriorada por falta de inversión y mantenimiento. Los hospitales departamentales se encuentran deteriorados entre un 30% y un 70% ([Justificación y Criterios](#)). Áreas esenciales de los hospitales carecen de mantenimiento adecuado, como los sistemas de red eléctrica, agua potable, vapor y gases médicos. En general, faltan servicios sanitarios, equipo médico y equipamiento. En los dos hospitales de referencia nacional - Roosevelt y San Juan de Dios - la saturación y el congestionamiento contribuyen al deterioro de la infraestructura y al descenso de la calidad de los servicios de salud. Esta situación originó que, en julio de 2006, de 529 pacientes que debían ingresar a cirugía y ortopedia (pacientes baleados, con fracturas o golpes serios) del Hospital Roosevelt, sólo 271 consiguieron tratamiento en cama¹². Asimismo, el equipamiento es insuficiente, por falta de políticas y estrategias para la implementación y el fortalecimiento de programas permanentes de equipamientos en los servicios de salud acorde a los avances tecnológicos y científicos de la ciencia médica. Los equipos se desgastan por la demanda del servicio y el uso continuo sin poderse sustituir oportunamente.
- 1.25 **Uso no apropiado de los servicios hospitalarios.** Existe una alta concentración de la atención médica ambulatoria (ortopedia, estomatología, medicina general, dermatología, cirugía general, otorrinolaringología, gineco obstétrica y pediatría) en los centros de referencia nacional del tercer nivel, especialmente en el Hospital Roosevelt y San Juan de Dios (como ejemplo, el número de consultas por egreso de pacientes es de 14 en el Roosevelt). Esto eleva los costos y dificulta la atención de aquellos casos que requieren atención especializada.

¹² No hay, no sirve, un día en el Hospital Roosevelt, El Periódico Guatemala (<http://www.elperiodico.com.gt/> Edición 792, Artículo 27809).

- 1.26 **Debilidad en la gestión hospitalaria.** Los procesos de gestión de las unidades de salud, en particular de los hospitales, son incipientes, lo que dificulta la aplicación de recursos. Son necesarios compromisos que permitan mejorar la autonomía financiera y administrativa de los hospitales, la optimización del manejo de personal, así como el manejo adecuado de la información epidemiológica y registros médicos. El proceso de compras en un hospital del MSPAS lleva aproximadamente seis meses. Sin embargo, después de la aplicación de un nuevo modelo de gestión en los hospitales, se lograron resultados exitosos (ver párrafo 1.33).

F. Estrategia del país en el sector

- 1.27 En el marco de la Reforma de Salud iniciada por el gobierno en el año 1995, además de los avances en cobertura y reorientación del gasto público hacia servicios costo-eficientes, el país orientó sus acciones hacia el fortalecimiento del MSPAS, la coordinación interinstitucional, la extensión de cobertura en el nivel primario y el aumento de la eficiencia en la gestión hospitalaria.
- 1.28 El actual gobierno, consciente de las necesidades del sector, ha formulado la **Agenda Nacional de Salud (ANS)** (2006-2020), que presenta entre sus bases la necesidad de cumplir con los compromisos de los Acuerdos de Paz y con los objetivos del Milenio. Para lograr estos fines el MSPAS busca: (i) fortalecer su papel rector; (ii) satisfacer las necesidades de salud de la población mediante la entrega de servicios con calidad, equidad y con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención; (iii) fortalecer el proceso de descentralización; (iv) mejorar el proceso de adquisición de insumos; (v) modernizar la gestión administrativa financiera del MSPAS; (vi) fortalecer el desarrollo y administración de los recursos humanos; (vii) promover acciones de saneamiento ambiental; y (viii) mejorar la protección frente a riesgos derivados del consumo de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas. Recientemente, se finalizó el Plan Visión de País, que propone la creación de un Sistema Nacional de Salud que responda, bajo el marco de un modelo de red de salud, a los diferentes perfiles epidemiológicos con las realidades socio-culturales. El plan fue firmado por representantes de todos los partidos políticos en el 2006.

G. Estrategia del Banco en el sector

- 1.29 El objetivo principal de la estrategia 2004-2007 del Banco para Guatemala (Mayo 2005) es la reducción de la pobreza y para ello incorpora dos objetivos estratégicos interrelacionados: (i) mejorar las condiciones para una producción más eficiente e incorporar sectores excluidos al proceso de producción; y (ii) mejorar el capital humano con equidad. Este Programa es consistente con este último objetivo, ya que focaliza sus acciones para mejorar los servicios de salud de la población, en especial mediante el fortalecimiento de la gestión hospitalaria y la renovación y rehabilitación de la infraestructura hospitalaria.

H. Coordinación con otros donantes

- 1.30 Desde el 2004, el MSPAS ha venido haciendo esfuerzos en coordinar las acciones de los diferentes donantes, a través de la definición de estrategias y programas para los que posteriormente buscan apoyo financiero. El Programa de Extensión de Cobertura (PEC) es uno de los programas prioritarios del Ministerio y su objetivo es la prestación de los servicios básicos de salud y nutrición (se ejecuta a través de ONG y a la fecha tiene una cobertura de 4,1 millones de beneficiarios). El PEC se financia coordinadamente con recursos del gobierno, del Banco, de Plan Internacional, de INTERVIDA y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Asimismo, el Programa de Fortalecimiento del Segundo Nivel de Atención se tiene contemplado fortalecer con financiamiento del BM, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo (ASDI) y el Banco, este último con recursos del PMSS II.
- 1.31 Asimismo, con el fin de coordinar y aumentar la eficiencia de la participación de la comunidad internacional, el MSPAS ha liderado actividades para la preparación de un Enfoque Sectorial de Salud (ESS), el cual implicaría entre otros un sólo sistema de planificación y presupuesto, gerencia administrativa, implementación y monitoreo y evaluación de proyectos y programas. Con el apoyo del préstamo 1221/OC-GU, durante el año 2005 se realizaron estudios que sirvieron de base para la elaboración de la Agenda Nacional de Salud (ANS), la cual, en el transcurso del 2006, ha sido presentada y discutida por los diferentes actores y sectores privados y públicos del sector salud, el Congreso y el Grupo de Donantes. Las acciones de los próximos meses se van a centrar en la elaboración del Plan Quinquenal de Salud (PQS; definición de programas, costos y fuentes de financiamiento). Como un paso previo a la entrada en vigencia del ESS, el MSPAS está coordinando la firma de un Memorando de Entendimiento (MDE) entre el MSPAS, el IGSS, MINFIN y SEGEPLAN por una parte y las organizaciones bilaterales y multilaterales por otra. De manera general, todas las acciones estarían orientadas a implementar la política nacional de salud, utilizándose, como base, la ANS y el PQS. El ESS también incluye una sola unidad de coordinación en el MSPAS para todos los actores del sector, la cual involucraría la UCPyP y la Unidad de Planificación Estratégica.

I. Otros programas y lecciones aprendidas

- 1.32 El Banco ha financiado y está financiando diversos programas en el sector salud y una operación sectorial en apoyo al mejoramiento de la eficiencia del gasto social, con acciones de protección presupuestaria al Programa de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud¹³. Estas operaciones han apoyado la reforma del sector, especialmente en el aumento de la cobertura. Las actividades de este Programa son complementarias y coordinadas con las del PMSS II, en especial en lo referente al Componente de Gestión Hospitalaria, así como con los de equipamiento hospitalario de JICA. Asimismo, complementa el Programa de Salud Materno-Infantil y Nutrición del BM, mejorando las instituciones del

¹³ Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud PMSS I (1995) (US\$25 millones); Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PMSS II) (1999) (US\$55,4 millones); y Programa Sectorial de Mejoramiento en la Calidad del Gasto Social (2005) (US\$100 millones).

siguiente nivel de referencia de los Centros de Atención Integral Materno – Infantil (CAIMI). (ver [Síntesis de Proyectos Relacionados](#)).

- 1.33 A través del Componente IV (ProHospital), el PMSS II ha financiado un programa piloto de mejoras en el modelo de gestión de siete hospitales del MSPAS y en sus planes de inversión para rehabilitar su infraestructura. Recientemente, el programa extendió la implementación del modelo hacia otros tres hospitales públicos. Uno de los instrumentos estratégicos que el Programa utiliza para mejorar la gestión es el “Convenio de Gestión”, suscrito por el MSPAS y el hospital, que interrelaciona actividades de producción, rendimientos y recursos. La evaluación de ProHospital¹⁴ indica que la estructura de gestión implementada logró resultados importantes en términos de aumento de productividad. El incremento promedio en el nivel de atención fue del 19,6% en consultas, 10,8% en egresos, 9,3% en emergencias y 6,8% en cirugías, entre 2002 y 2005, significativamente por encima de los hospitales en el grupo de control. Además, los hospitales presentaron incrementos importantes en el giro de camas.
- 1.34 Las principales lecciones aprendidas de las operaciones anteriores del Banco son la necesidad de: (i) evaluar adecuadamente la capacidad de ejecución del organismo ejecutor y de las instancias institucionales responsables, de establecer mecanismos de fortalecimiento institucional pertinentes; (ii) simplificar el diseño de los proyectos a fin de garantizar su ejecución; (iii) prever en el programa sistemas de información, líneas de base y definición de indicadores adecuados, que permitan evaluar el programa en su ejecución y en sus resultados; (iv) introducir instrumentos de ejecución del Programa más flexibles; y (v) evaluar los riesgos del proyecto, en especial los relacionados con el entorno político y la consideración del impacto fiscal.

J. Estrategia del Programa

- 1.35 En los últimos años las acciones en materia de salud se han concentrado en aumentar la cobertura de servicios básicos así como en fortalecer el marco institucional del sector para mejorar la calidad de los servicios prestados por proveedores públicos y privados. Sin embargo, las restricciones presupuestarias de los últimos años originaron un desfinanciamiento del sector salud limitando la disponibilidad de recursos para el adecuado mantenimiento y renovación de la infraestructura y equipamiento hospitalario, agravando los problemas de cobertura y calidad en la provisión de servicios hospitalarios y sobrecargando la demanda de atención de los hospitales de referencia nacional situados en el AM.
- 1.36 Reconociendo esta problemática, el gobierno ha solicitado al Banco su apoyo para financiar actividades que permitan mejorar, a la brevedad posible, la capacidad resolutoria de los servicios hospitalarios, mediante la rehabilitación y el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria. Al mismo tiempo, el Programa ampliaría los alcances

¹⁴ Propuesta de Adecuación Institucional del Modelo de Gestión (CHC, 2006).

logrados en el PMSS II en materia de gestión hospitalaria y mejoraría la productividad y calidad de los servicios proporcionados por los hospitales.

- 1.37 El Programa se orienta a desconcentrar la distribución de pacientes para la atención hospitalaria en el AM, mediante la construcción de tres hospitales para atender a una numerosa población con dificultades de acceso físico a servicios hospitalarios. Además, se rehabilitará la infraestructura física de tres hospitales regionales, del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación y de un grupo seleccionado de Hospitales Departamentales. Asimismo, el Programa contribuirá a que las inversiones realizadas sean sostenibles a largo plazo, a través del establecimiento de sistemas de mantenimiento de la infraestructura y equipo, así como de manejo de desechos hospitalarios (DSHP).

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos y descripción

- 2.1 El fin del Programa es mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca. El objetivo es fortalecer la infraestructura de la red de servicios de salud a través de la inversión física en la red hospitalaria congruente con un adecuado manejo ambiental de los hospitales, y apoyando el fortalecimiento de la gestión hospitalaria.

B. Estructura del Programa

- 2.2 Las actividades del Programa están organizadas en cuatro Componentes: (i) fortalecimiento de la red de servicios de salud; (ii) mantenimiento de infraestructura, equipo y manejo de desechos; (iii) fortalecimiento de la gestión hospitalaria; y (iv) monitoreo y evaluación.

1. Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de salud (US\$40,7 millones)

a) Construcción de hospitales para la red metropolitana de salud de Guatemala (US\$25,5 millones)

- 2.3 El objetivo de este subcomponente es configurar redes de servicios que permitan desconcentrar la demanda que actualmente reciben los hospitales de referencia nacional y solucionar el déficit de cobertura hospitalaria en áreas de gran concentración de población. Se financiarán los costos de preinversión, infraestructura y equipamiento de tres hospitales de mediana complejidad, de 92 camas, con un costo promedio estimado en US\$8,5 millones cada uno. Los estudios de preinversión e inversión incluyen medidas ambientales, de acuerdo con las normas del país.
- 2.4 La selección de las áreas para la ubicación de los hospitales se basó en: (i) la dimensión de la población sin acceso o con acceso precario a servicios hospitalarios; (ii) la existencia o planificación de infraestructura hospitalaria alternativa (hospitales privados o del IGSS) que incluye o prevé convenios de atención con el MSPAS; (iii) la tasa de crecimiento de la población urbana de las zonas consideradas; (iv) el flujo de población

referida de estas zonas a los dos Hospitales de Referencia Nacional de la Ciudad de Guatemala; y (v) la existencia de una red de servicios de menor complejidad que apoye los procesos de referencia y contra-referencia de los nuevos hospitales. De acuerdo con estos criterios fueron seleccionadas tres áreas del Departamento de Guatemala: Noroeste, Noreste y Sur (ver [Justificación y Criterios](#)).

- 2.5 Los hospitales serán parte del patrimonio público (MSPAS) pero con un modelo gerencial que permita la venta de servicios a otras instituciones, como el IGSS, que tampoco cuenta con suficiente infraestructura hospitalaria en estas zonas. Serán hospitales de tipo “general” (conteniendo las cuatro especialidades básicas: clínica médica, clínica quirúrgica, ginecología-obstetricia y pediatría), con especialidades adicionales de traumatología y neonatología, dado el perfil epidemiológico observado. Los hospitales contendrán servicios asistenciales básicos de consulta externa, emergencia, hospitalización, centro quirúrgico obstétrico, laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes.
- 2.6 Los terrenos para ubicación de los tres hospitales en las municipalidades deberán tener una superficie suficiente para que se pueda tener una solución predial horizontal y que estén presentes las facilidades básicas de red eléctrica, abastecimiento de agua, infraestructura vial, de transporte colectivo y de comunicaciones. El terreno deberá ser compatible con futuras ampliaciones del hospital.

b) Rehabilitación de Infraestructura Hospitalaria (US\$15,2 millones)

- 2.7 El objetivo de este subcomponente es rehabilitar la infraestructura de los hospitales seleccionados para el mejoramiento de las condiciones de la red hospitalaria. Se financiarán los costos de preinversión, infraestructura y equipamiento de hospitales para que estos cumplan con las normas ambientales del país. Los hospitales fueron priorizados en función de criterios que permitan maximizar el acceso a las redes locales y regionales de salud y desconcentrar la derivación de pacientes innecesaria a hospitales de mayor complejidad. Sobre estos criterios, quedaron elegibles los tres hospitales regionales que no cuentan con otras fuentes de financiamiento externo, el Hospital Especializado de Ortopedia y Rehabilitación y 13 hospitales departamentales sin financiamiento externo.
- 2.8 De los hospitales departamentales elegibles, tres han sido seleccionados por estar implementando un modelo de gestión que está siendo financiado por el PMSS II (Sololá, Chiquimula y Jutiapa). Los 10 restantes fueron evaluados y priorizados sobre la base de cuatro criterios: (i) grado de deterioro de infraestructura y equipamiento; (ii) la población de referencia del hospital; (iii) el porcentaje de la población departamental bajo la línea de pobreza y (iv) número de egresos del hospital. (Ver [Justificación y Criterios](#)). Sobre la base de estos criterios, fueron seleccionados preliminarmente los hospitales listados en el Cuadro II-1. La estimación de costos finales de los proyectos de inversión, sobre la cual se basará los pliegos de licitación, determinará si otros hospitales departamentales podrán ser rehabilitados con los recursos del Programa destinados a este Componente.

Cuadro II-1
Lista de los hospitales seleccionados para la rehabilitación

No.	Nombre y ubicación del hospital	Tipo	Costo (US\$ mil)
Hospitales PreSeleccionados			
	Ortopedia y rehabilitación Dr. Von Anh, Guatemala	Especializado	\$ 1.762,6
	Regional de Quetzaltenango, Quetzaltenango	Regional	\$ 1.694,2
	Regional de Escuintla, Escuintla	Regional	\$ 1.114,3
	Regional de Coban, Alta Verapaz	Regional	\$ 1.026,8
	Sololá, Sololá	Departamental	\$ 1.302,4
	Chiquimula, Chiquimula	Departamental	\$ 1.698,2
	Jutiapa, Jutiapa	Departamental	\$ 1.381,8
Clasificación según los criterios de elegibilidad			
1	San Marcos, San Marcos	Departamental	\$ 450,5
2	Chimaltenango, Chimaltenango	Departamental	\$ 522,8
3	Jalapa, Jalapa	Departamental	\$ 547,5
4	Coatepeque, Quetzaltenango	Departamental	\$ 1.848,6
5	Salama, Baja Verapaz	Departamental	\$ 367,7
6	Mazatenango, Suchitepequez	Departamental	\$ 1.506,3
	TOTAL		\$15.223,6

- 2.9 **El financiamiento de los planes de inversión estará vinculado al cumplimiento de compromisos de gestión entre el MSPAS y los hospitales**, los cuales incluirán la implementación de un paquete de innovaciones de gestión descrito en el Componente III. Involucrarán también el manejo de la información epidemiológica y de los registros médicos, a través de la introducción de fichas clínicas de los pacientes. Involucrarán, además, los compromisos de asignar en los presupuestos recursos para el mantenimiento de los hospitales rehabilitados, de acuerdo a los criterios establecidos en el Componente II y la creación de una unidad específica para el mantenimiento dentro de la estructura funcional del Hospital.

2. Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de DSHP (US\$5,6 millones)

- 2.10 Este componente tiene como objetivo apoyar el fortalecimiento técnico y financiero del MSPAS para programar y ejecutar estrategias que garanticen la sostenibilidad de las inversiones del Programa. Para cumplir este objetivo, se financiarán cuatro actividades: (i) la organización y operación de un sistema de mantenimiento de las inversiones hospitalarias; (ii) la implementación de un sistema eficiente de manejo de desechos hospitalarios; (iii) el fortalecimiento de la capacidad reguladora del MSPAS para las dos actividades anteriores; y (iv) un plan de acción para asegurar la operación y el mantenimiento adecuado de los hospitales beneficiados por el Programa. Asimismo, a fin de asegurar los recursos financieros necesarios para el mantenimiento de las inversiones del Programa, se ha acordado con el MSPAS incrementar el presupuesto asignado para el mantenimiento de las instalaciones físicas y del equipamiento hospitalario.
- 2.11 El sistema de mantenimiento tendrá las siguientes características: (i) los recursos serán presupuestados de manera que tendrán destino específico y no podrán ser ejecutados ni transferidos a actividades distintas a las definidas en el plan de mantenimiento y en la

programación físico financiera; y (ii) el mecanismo se normará y regulará por las estipulaciones del manual operativo y del Sistema Integrado Administrativo Financiero (SIAFI) del MSPAS. Los recursos serán asignados prioritariamente al mantenimiento preventivo y correctivo de las inversiones del Programa.

- 2.12 Se financiará el manejo de los desechos hospitalarios (DSHP) de los hospitales beneficiarios del Programa, a través de la formación de 3 redes de recolección y tratamiento en los tres hospitales regionales beneficiarios. Se financiarán dos mecanismos alternativos de operación: (i) la tercerización del servicio, mediante la contratación de firma(s) especializada(s); y (ii) la ejecución del servicio por la estructura del MSPAS responsable por el servicio, para lo cual se financiará un vehículo, un incinerador y dos técnicos de apoyo por red¹⁵. El plan de manejo incluye: recolección, transporte, tratamiento (incineración y/o esterilización) y disposición final de los DSHP. Adicionalmente, se financiarán actividades de consultorías para capacitación y asistencia técnica del MSPAS en la regulación de los temas de gestión del mantenimiento, de tecnología y gestión ambiental en los hospitales y el desarrollo de normas técnicas para inversiones (infraestructura y equipo), uso de tecnología y gestión ambiental.
- 2.13 El Componente financiará también una consultoría para la realización de un diagnóstico y plan de acción que identifique las necesidades y fuentes de recursos presupuestales y humanos requeridos para asegurar la operación sostenible de los hospitales, una vez concluidas las obras y terminado el Programa.

3. Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria (US\$2,0 millones – US\$1,6 millones provienen del Fondo Japonés)

- 2.14 Este componente, financiado con recursos de la cooperación técnica japonesa, tiene como objetivo facilitar la implementación del Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) desarrollado por el MSPAS en ocho hospitales beneficiarios de esta operación y en el Hospital de Puerto Barrios¹⁶. El MGH se concentra en tres áreas: (i) institucional, a través de la descentralización de la estructura organizativa de los hospitales hacia niveles gerenciales y comités técnicos y de gestión; (ii) recursos, por medio de la descentralización de los recursos presupuestales y humanos, así como la función de adquisiciones del MSPAS hacia los hospitales; y (iii) reorganización de servicios (farmacia, enfermería, etc.) y provisión de nuevos servicios, como orientación al público. La ejecución de estas actividades estará enmarcada dentro de Convenios de Inversión, Gestión y Mantenimiento que suscribirán los hospitales con el MSPAS. Dicho convenio establecerá que ambas partes se comprometerán a ejecutar un paquete integral de fortalecimiento del hospital, consistiendo de inversiones en infraestructura, compromisos de mantenimiento, manejo de DSHP y mejoras en la gestión hospitalaria¹⁷. Asimismo el

¹⁵ Después de la definición de las tres redes, se decidirá sobre el mecanismo que se utilizará para cada uno.

¹⁶ Excluyendo los Hospitales de Sololá, Chiquimula, Jutiapa y Mazatenango que ya están implementando el MGH e incluyendo el Hospital de Puerto Barrios, el cual fue rehabilitado con fondos del Gobierno Japonés.

¹⁷ Los Convenios de Inversión, Gestión y Mantenimiento previstos en ésta operación, vincularán el Convenio de Gestión que se aplicó en el PMSS II con compromisos de inversión en infraestructura física, mantenimiento y manejo de DSHP.

convenio incluirá incentivos para el cumplimiento de las metas de producción y rendimiento. Este Componente financiará tres actividades:

- a. **Fortalecimiento del MSPAS para implementar y monitorear el MGH.** El objetivo de esta actividad es fortalecer la Coordinación General de Hospitales (CGH) y sus Unidades de Asistencia Técnica Hospitalaria y de Proyectos para desarrollar y coordinar la implementación del MGH. Se financiará: (i) la contratación de cuatro expertos en cambios institucionales y modelos de gerenciamiento para capacitar a, por lo menos, seis miembros de las unidades en la aplicación del modelo, la capacitación de personal para implementarlo y el entrenamiento de los funcionarios de los hospitales; (ii) la realización de nueve talleres en los hospitales para diseminar y discutir el MGH con los funcionarios antes de la implementación; y (iii) la contratación de seis consultores especializados en RR.HH., administración financiera, servicios médicos, mantenimiento, informática, y monitoreo para apoyar la instalación de las nuevas gerencias y servicios.
- b. **Implementación de la estructura organizacional.** El objetivo de esta actividad es operacionalizar el modelo, el cual incluye la creación de nuevos niveles de gerencia y servicios de gestión en los hospitales. Se financiará la contratación y capacitación de expertos, siete en promedio para los hospitales departamentales y ocho para los regionales, quienes desempeñarán las funciones de estas nuevas posiciones. (ver [Plan de Operaciones](#) GU-T1062).
- c. **Implementación de un módulo piloto de atención indígena.** El objetivo de esta actividad es desarrollar prácticas médicas hospitalarias más pertinentes a las poblaciones indígenas. Para ello, se propone la implementación, a nivel piloto, de un Módulo de Atención Indígena al Hospital Regional de Cobán, donde el 93% de la población es indígena. El módulo financiará: (i) un coordinador general del piloto; (ii) facilitadores culturales para promover el acceso y orientar la permanencia y salida de pacientes indígenas; y (iii) profesionales técnicos en el área neo-natal indígena para acompañar y atender mujeres en condición de embarazo y parto y para la atención pediátrica.

4. Componente IV. Monitoreo y evaluación (US\$1,0 millones)

- 2.15 Este componente tiene como objetivo apoyar al MSPAS en las actividades de supervisión, seguimiento y evaluación y en la comunicación social del Programa:
- 2.16 **Sistema de seguimiento y evaluación.** El Programa financiará servicios de consultoría para: (i) el levantamiento de información en los hospitales a rehabilitar para completar la línea de base del Programa; (ii) el diseño de las especificaciones técnicas y montaje del sistema de seguimiento y evaluación; (iii) la evaluación intermedia y final del Programa, enfocada en los indicadores del Marco Lógico; (iv) el monitoreo de los Convenios de Inversión, Gestión y Mantenimiento; y (v) la presentación de informes de avance del proyecto.

- 2.17 **Supervisión de proyectos.** El Programa financiará asistencia técnica y capacitación para: (i) el diseño y validación de manuales de supervisión de proyectos; (ii) el desarrollo de normas y procedimientos de supervisión; (iii) la capacitación de los funcionarios del MSPAS y de los hospitales; y (iv) las especificaciones para la contratación y supervisión de servicios tercerizados de mantenimiento y gestión de DSHP.
- 2.18 **Comunicación social.** El Programa financiará eventos para la presentación y disseminación de resultados y logros del mismo, así como para el intercambio de experiencias en la ejecución de los proyectos de infraestructura, la implantación del MGH y la gestión ambiental y de mantenimiento en los hospitales.

C. Administración del Programa

- 2.19 Para fortalecer la capacidad técnica y administrativa-financiera de las Unidades del MSPAS relacionadas directamente con la ejecución del Programa, el mismo financiará la contratación de especialistas en las siguientes áreas:

Cargo	Unidad ejecutora	Componente
Coordinación Técnica	UCPyP	Programa
Coordinación Administrativo Financiera		
Técnicos en Adquisiciones	GGAF- Unidad de Adquisiciones	Programa
Profesional en Infraestructura Sanitaria	UPE- Departamento de Proyectos y Evaluación (DPE)	1- 2
Profesional en Ingeniería Sanitaria		
Profesional en Gestión Hospitalaria	CGH	3
Profesional en Gestión Ambiental y DSHP		

D. Costo y financiamiento

- 2.20 El costo total del Programa será de US\$52,3 millones, de los cuales US\$50,0 millones corresponden al financiamiento del Banco y US\$1,6 millones a recursos del Fondo Japonés. El aporte local de US\$682 mil incluirá US\$408 mil (en especie) para el Componente III de gestión hospitalaria y US\$274 mil para gastos financieros. JICA ha manifestado interés de apoyar con financiamiento el Programa en el futuro.

Cuadro II-2
Costos del Programa (US\$miles)

Categoría de inversión	BID	Aporte local	JPO/ LEP	Aporte local/ JPO	Total	%
Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de salud	40.724	-		-	40.724	78%
Subcomponente Ia Construcción de hospitales	25.500	-		-	25.500	49%
Subcomponente Ib Rehabilitación	15.224	-		-	15.224	29%
Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de desechos	5.573	-		-	5.573	11%
Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria	-	-	1.600	408	2.008	4%
Componente IV. Monitoreo y evaluación	1.000	-		-	1.000	2%
Administración	1.103	-		-	1.103	2%
Auditorías	100	-		-	100	0%
Imprevistos	1.500	-		-	1.500	3%
Gastos financieros	-	274	-	-	274	1%
Interés	-	242	-	-	242	0%
FIV	-	-		-	-	0%
Comisión de crédito	-	32	-	-	32	0%
TOTAL	50.000	274	1.600	408	52.282	100%

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El Prestatario será la República de Guatemala. El organismo ejecutor será el MSPAS, a través de la Unidad de Coordinación de Programas y Proyectos (UCPyP), unidad de línea encargada de coordinar los proyectos y programas financiados con recursos externos y de donación, que depende del Despacho Ministerial, con la colaboración de las dependencias de línea del MSPAS.

B. Ejecución y administración del proyecto

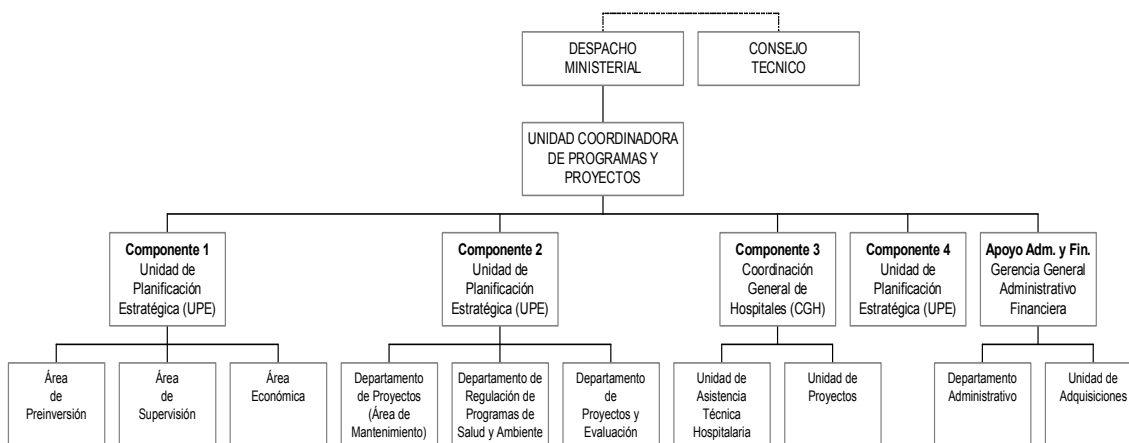
- 3.2 La UCPyP tendrá la responsabilidad de la coordinación técnica, administrativa y financiera del Programa y se apoyará en la Unidad de Planificación Estratégica (UPE) y en la Coordinación General de Hospitales (CGH) para la ejecución técnica de los componentes, y en la Gerencia General Administrativo Financiera (GGAF) para el apoyo en los temas administrativos y de adquisiciones del Programa. El Departamento de Adquisiciones y Mantenimiento (DAM) de la GGAF realizará los procesos de licitación y contrataciones del Programa. La UCPyP cuenta con un Director, y contará con un Coordinador Técnico y un Coordinador Administrativo para efectos del Programa, el cual coordinará con la GGAF. **El nombramiento del Director de la UCPyP, la selección de los Coordinadores del Programa y la designación de los funcionarios de la Unidad de Asistencia Técnica Hospitalaria (ver párrafo 3.18), será una condición previa especial para el primer desembolso.**
- 3.3 Para coordinar la ejecución de las actividades del Programa, la UCPyP convocará periódicamente a las unidades y departamentos del MSPAS relacionados directamente con la ejecución del Programa. Las funciones básicas de la UCPyP son las siguientes: (i) gestionar y supervisar la ejecución de los POA; (ii) velar por el cumplimiento de las diferentes etapas del ciclo de proyecto y su desarrollo; (iii) implementar las recomendaciones y acciones definidas por el Consejo Técnico (ver párrafo 3.4); (iv) coordinar el desarrollo de los proyectos de inversión, gestión y mantenimiento con los hospitales y sus unidades asistenciales; y (v) presentar los informes de ejecución del Programa, la información requerida por el Banco para el Informe de Seguimiento de Proyecto (ISDP), y formular recomendaciones para fortalecer la coordinación entre las diferentes dependencias del MSPAS y el Programa.
- 3.4 **Consejo Técnico (CT).** El Programa se apoyará en el Consejo Técnico del MSPAS, el cual servirá de instancia de asesoría y de direccionamiento estratégico del Programa. El CT está conformado por el Ministro de Salud, quien lo preside; los Viceministros; los Directores Generales y Gerente General; el Secretario Ejecutivo del Despacho Ministerial; y el Coordinador de la UPE. El CT tendrá principalmente la función de asegurar la articulación y coordinación interna del MSPAS definiendo los mecanismos y acciones operativas que deberá implementar y poner en funcionamiento la UCPyP. Cuando el CT trate aspectos técnicos del Programa, el

Director de la UCPyP participará y presentará a consideración del CT la documentación relacionada al Programa. Específicamente, el CT será responsable de: (i) aprobar el MO y los POA; (ii) aprobar el plan de acción de fortalecimiento institucional; y (iii) con base en los informes de monitoreo y evaluación, formular recomendaciones para mejorar su ejecución.

- 3.5 **Gerencia General Administrativo-Financiera (GGAF).** La GGAF apoyará la gestión administrativa y financiera del Programa y estará encargada de los aspectos financieros, presupuestales, contables y de adquisiciones que se requieran para la ejecución de los Componentes. Esta Gerencia se apoyará en la División Administrativa para los temas de gestión presupuestal y contable, y en el Departamento de Adquisiciones para los procesos de licitación y contratación.

C. Estructura de Ejecución

Gráfico III-1: Estructura de ejecución del MSPAS



D. Plan de ejecución del Programa

- 3.6 **Manual operativo.** La ejecución se regirá de conformidad con el MO, el que establece los términos y condiciones para la ejecución del Programa y contiene entre otros temas: (i) la estructura operativa y de ejecución de los componentes; (ii) los criterios de elegibilidad de los componentes; (iii) los procedimientos para la contratación de bienes y servicios; (iv) los sistemas de control y seguimiento; y (v) las responsabilidades sobre la administración, operación y mantenimiento de las obras y servicios. **La aprobación y entrada en vigencia del MO y del modelo de convenio (ver párrafo 3.18) será condición previa especial al primer desembolso del Programa.**

1. Componente I. Fortalecimiento de la red de servicios de Salud

- 3.7 La UPE será responsable de identificar y gestionar la posesión legal de los terrenos necesarios para la ubicación de los nuevos hospitales, así como de preparar la contratación y supervisar todas las consultorías y asistencia técnica necesaria para la preinversión, inversión en infraestructura y equipamiento de los nuevos hospitales y de los hospitales seleccionados para ser rehabilitados.
- 3.8 Para la ejecución de este componente, el Área de Preinversión de la UPE tendrá a su cargo la coordinación y supervisión de los diseños de los proyectos, sobre la base de las especificaciones técnicas, sociales y ambientales pertinentes para las obras de infraestructura y equipos. El Área de Supervisión tendrá a su cargo el seguimiento hacia la ejecución de los proyectos, la preparación de la contratación de los trabajos de supervisión externa e interventoría de obras y proyectos. El Área Económica apoyará a las anteriores en la estimación de costos de los proyectos y en el seguimiento a la ejecución financiera de los mismos.
- 3.9 En el caso del subcomponente Ia, antes del inicio de las obras, la UCPyP deberá haber presentado a satisfacción del Banco, evidencia de la posesión legal de los terrenos, las servidumbres u otros derechos necesarios para iniciar los estudios y las obras, de conformidad con los criterios de elegibilidad definidos en el MO.
- 3.10 En el caso del subcomponente Ib, los costos finales de los proyectos de inversión serán determinados con base en los estudios de preinversión. A partir de estos, se elaborarán los pliegos de licitación y se determinará cuantos de los hospitales priorizados, según los criterios establecidos en el documento [Justificación y Criterios](#) se podrán rehabilitar con recursos del Programa. Una vez priorizados, el Organismo Ejecutor por intermedio del Área de Salud correspondiente, firmará con el hospital seleccionado, un convenio de inversión, gestión y mantenimiento, de conformidad con los términos y condiciones previamente acordados con el Banco.

2. Componente II. Mantenimiento de infraestructura y equipo y manejo de DSHP

- 3.11 La ejecución de este componente estará a cargo de la UPE, con el apoyo de: (i) el Área de Mantenimiento; (ii) el Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente; y (iii) el Departamento de Proyectos y Evaluación. El Área de Mantenimiento de la UPE será la encargada de preparar un Plan Maestro de Mantenimiento de los hospitales de la red, con base en las necesidades presentadas por los hospitales del país y en los convenios de inversión, gestión y mantenimiento de los hospitales del Programa. Dicho plan será de cinco años y priorizará las necesidades y acciones requeridas anualmente, con su presupuesto correspondiente.
- 3.12 Los recursos programados serán revisados por el CT y el Despacho Ministerial, el cual autorizará su incorporación dentro del presupuesto del MSPAS desglosado por hospital. Especialmente, se revisará que los recursos estén distribuidos durante el período fiscal con el fin de asegurar que los servicios de mantenimiento cubran todo el año de operación y que sean destinados al financiamiento de gastos elegibles por el

Programa. La presentación del Plan Maestro de Mantenimiento será una condición previa especial al primer desembolso del Programa.

- 3.13 Asimismo, a fin de asegurar una fuente de recursos para la operación y el adecuado mantenimiento de las inversiones en infraestructura y equipamiento financiadas por el Programa, el Organismo Ejecutor mantendrá una partida presupuestaria para este propósito, y establecerá los criterios para su utilización. A su vez, cada hospital manejará un renglón presupuestario con el nombre “Mantenimiento de equipos e infraestructura física”, de conformidad con el Plan Maestro de Mantenimiento, y preparará un Plan de Mantenimiento Anual, con su correspondiente presupuesto. Esta información, junto con la programación de recursos, será incorporada al Presupuesto Anual del MSPAS.
- 3.14 La Programación de recursos para el mantenimiento hospitalario se realizará con base en una asignación creciente que tendrá como meta aumentar, en forma gradual, del 1,63% actual a un 3%, el porcentaje del presupuesto de funcionamiento del MSPAS destinado al mantenimiento de las instalaciones físicas y del equipamiento de los hospitales beneficiados por el Programa, sin detrimento de los recursos para el resto de los hospitales, de conformidad con los siguientes lineamientos y pautas establecidos en el MO del Programa.

Cuadro III-1

Programación de Recursos para “Mantenimiento de equipos e infraestructura física US\$ miles

Año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
Préstamo BID	489	692	914	1.118	3.213
Recursos MSPAS	146	130	126	175	577
Total Programado	635	822	1.040	1.293	3.790

- 3.15 **La asignación de recursos en el presupuesto anual del MSPAS para cada año de ejecución del Programa y la demostración de su correspondiente ejecución será condición contractual especial de ejecución.**
- 3.16 La UPE, en coordinación con el Departamento de Regulación de los Programas de Salud y Ambiente (DRPSA), preparará la contratación de firma o firmas especializadas para el manejo integral de los desechos hospitalarios en algún área o áreas seleccionadas, y presentará una propuesta de operación del sistema de manejo de desechos hospitalarios por el Ministerio en otra u otras de las tres áreas de influencia de los hospitales regionales atendidos por el Programa. El funcionamiento y costo-efectividad de esta propuesta será evaluado durante la ejecución. Asimismo, la UPE y el DRPSA prepararán contratos de consultoría y de asistencia técnica necesaria para el fortalecimiento de la capacidad reguladora del MSPAS en mantenimiento y gestión de DSHP.
- 3.17 Para efectos de la preparación y seguimiento a los planes de acción para la operación y el funcionamiento adecuado de los hospitales luego de terminadas las obras, la UCPyP tendrá la responsabilidad de contratar y coordinar con el CT, la Dirección General de RR.HH. y el Área de Mantenimiento del MSPAS, y otras instituciones del ejecutivo, entre otros, la realización del estudio de sostenibilidad de las intervenciones y la implementación de sus recomendaciones.

3. Componente III. Fortalecimiento de la gestión hospitalaria

- 3.18 La ejecución de este componente estará a cargo de la Coordinación General de Hospitales (CGH), con el apoyo de la Unidad de Asistencia Técnica Hospitalaria (UATH) y la Unidad de Proyectos. La CGH tendrá a su cargo la definición de los lineamientos de implantación del Modelo de Gestión en lo relacionado con las áreas de organización institucional, descentralización de recursos y reorganización de servicios. La UATH realizará el seguimiento a la implantación del Modelo, el diseño y cumplimiento de los aspectos relacionados con la gestión, dentro de los Convenios de Inversión, Gestión y Mantenimiento y el entrenamiento de los equipos asistenciales y administrativos de los hospitales en el proceso de implementación. La Unidad de Proyectos tendrá la función de apoyar el seguimiento y monitoreo de las actividades del Programa.

4. Componente IV. Monitoreo y evaluación

- 3.19 La UCPyP, como instancia de coordinación general del Programa, tendrá bajo su responsabilidad la coordinación y ejecución de las actividades de este Componente. La UCPyP será responsable de contratar y supervisar todas las consultorías y asistencia técnica necesarias para: (i) el levantamiento de información en los hospitales a rehabilitar para completar la línea de base del Programa; (ii) el diseño de las especificaciones técnicas y puesta en marcha del sistema de seguimiento y evaluación; (iii) el monitoreo de los convenios de inversión, gestión y mantenimiento; y (iv) la evaluación intermedia y final del Programa.

E. Adquisición de bienes y servicios

- 3.20 La adquisición de obras y bienes y la selección y contratación de consultores para el Programa se regirá por las políticas del Banco contenidas, respectivamente, en los documentos GN-2349-7 y GN-2350-7. Un Plan de Adquisiciones ha sido acordado con el Organismo Ejecutor. Este plan cubre las adquisiciones y contrataciones del Programa por los primeros 18 meses de ejecución y deberá ser actualizado anualmente, de conformidad con lo establecido en los documentos arriba indicados. Los montos y procedimientos de adquisiciones para el Programa se detallan en el Cuadro III-2.

Cuadro III-2
Procedimientos de adquisiciones y contratación

	Obras	Bienes y servicios
Licitación Pública Internacional (LPI)	Más de US\$1.500.000	Más de US\$250.000
Licitación Pública Nacional (LPN)	Entre US\$200.000 y menos de US\$1.500.000	Entre US\$50.000 y menos de US\$250.000
Comparación de precios (CP)	Menos de US\$200.000	Menos de US\$50.000

- 3.21 Estos umbrales se establecieron con base en los montos que desde el 2002 el MSPAS ha gestionado en los procesos de adquisiciones del PMSS II. En el caso de la selección y contratación de consultores, el Prestatario podrá utilizar cualquiera de los métodos de selección y contratación previstos en las políticas del Banco. Para los efectos de lo estipulado en el párrafo 2.7 del Documento GN-2350-7, la lista corta de consultores

cuyo costo estimado sea menor al equivalente de US\$200 mil por contrato podrá estar conformada en su totalidad por consultores nacionales.

- 3.22 Con respecto a la supervisión de las adquisiciones por parte del Banco los siguientes contratos estarán sujetos a revisión ex-ante: (i) contratos de obras por un costo total estimado equivalente igual o superior a US\$1.500.000; (ii) contratación de bienes por un costo total estimado equivalente sea igual o superior a US\$ 250.000; (iii) toda contratación directa; (iv) contratos de servicios de consultoría con empresas cuyo costo total estimado equivalente sea igual o superior a US\$200.000; (v) contratos con consultores individuales cuyo costo total estimado equivalente sea igual o superior a US\$50.000; (vi) toda selección directa de firmas consultoras. Los demás contratos estarán sujetos a revisión ex-post por parte del Banco, de conformidad con el Apéndice 1 de las Políticas de Adquisiciones de Obras y Bienes y de Selección de Consultores.

F. Período de ejecución y calendario de desembolsos

- 3.23 El Programa tendrá un plazo de desembolso de cuatro años. Se recomienda, como una excepción a la política del Banco (Manual OA-345), poner a disposición del ejecutor un fondo rotatorio por el equivalente al 20% del monto total del préstamo, teniendo en cuenta el número de contrataciones y pagos simultáneos que deben realizarse y de los flujos de fondos. El cronograma de desembolsos se presenta en el Cuadro III-3:

Cuadro III-3
Cronograma de desembolsos (US\$miles)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
BID	2.555	28.640	16.651	2.153	50.000
JPO/LEP	19	10	875	696	1.600
Porcentaje	5%	56%	34%	5%	100%

G. Mantenimiento

- 3.24 Las obras y equipos financiados por el Proyecto, serán mantenidos adecuadamente de acuerdo con normas técnicas generalmente aceptadas, y se presentará al Banco, durante los cinco (5) años siguientes a la terminación de la primera de las obras del Proyecto y, dentro del primer trimestre de cada año calendario, un informe sobre el estado de dichas obras y equipos y el plan anual de mantenimiento para ese año. El gobierno deberá adoptar las medidas necesarias para corregir las deficiencias si de las inspecciones que realice el Banco, o de los informes que reciba, se determina que el mantenimiento se efectúa por debajo de los niveles convenidos.

H. Seguimiento y evaluación

- 3.25 La UCPYP será responsable de coordinar con las unidades administrativas y técnicas (UPE y CGH, principalmente) las actividades de Programación física y financiera, el monitoreo al desempeño del Programa y sus evaluaciones. Para el desarrollo de estas actividades se utilizarán el sistema de información del MSPAS (SIGSA), y el Sistema

Integrado de Administración Financiera (SIAFI). Para efectos del seguimiento y monitoreo del desempeño del Programa se dispone de varios mecanismos e instrumentos: (i) el taller de arranque; (ii) los indicadores del marco lógico; (iii) el plan multianual de ejecución del Programa; (iv) los Planes Operativos Anuales (POA); (v) el plan de adquisiciones; (vi) la línea de base; y (vii) la evaluación intermedia y final.

- 3.26 **Línea de base.** Los indicadores de línea de base asociados a los fines del Programa serán obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), coordinada por el MSPAS y por el INE, la cual tiene sus trabajos de recolección de información previstos para iniciarse en abril de 2007 y sus resultados deberán ser divulgados en septiembre del mismo año. Se prevé que estas encuestas se repetirán cada dos años y alimentarán el monitoreo del Programa. Los demás datos de la línea de base serán proveídos por el MSPAS, para ello se presentará a los tres (3) meses contados a partir de la fecha del contrato de préstamo, los datos básicos iniciales del Programa, de conformidad con las categorías previamente acordadas con el Banco; y el procedimiento y la metodología que se utilizará para compilar, procesar, mantener e informar sobre los datos anuales que deban ser comparados con los datos básicos iniciales para evaluar los resultados del Programa, de conformidad con los lineamientos y las pautas previamente acordadas con el Banco.
- 3.27 **Informes semestrales de progreso.** El MSPAS, a través de la UCPyP presentará al Banco dentro de los primeros 60 días de cada semestre, un informe de progreso sobre la ejecución del Programa. El informe deberá señalar: (i) las acciones y actividades efectuadas; (ii) los productos realizados y metas cumplidas según los indicadores del Marco Lógico; y (iii) las principales limitaciones que se han encontrado, así como las soluciones propuestas para superarlas. El informe también indicará los recursos utilizados por componente con relación a lo programado y la proyección del flujo de fondos actualizado.
- 3.28 **Revisiones y planes operativos anuales.** Con base en los informes semestrales, y dentro del tercer trimestre de cada año, se realizarán revisiones del Programa en las que el MSPAS y el Banco examinarán el avance del mismo. Las revisiones servirán para acordar el POA, que deberá presentarse al Banco a más tardar el último día del cuarto trimestre del año y en el que se ajustarán las actividades y metas a cumplir en el siguiente año y se proyectará el Programa hasta su conclusión.
- 3.29 **Evaluación intermedia y final.** Al finalizar el segundo año de ejecución del Programa, o cuando se haya comprometido el 50% de los recursos (cualquiera de los dos eventos que ocurra primero) se realizará una evaluación intermedia. Esta evaluación será financiada por el Programa y con base en los registros de la operación, los indicadores del [Marco Lógico](#) y las especificaciones técnicas del MO, verificará en el terreno: (i) los resultados y logros señalados en términos de mejoramiento de la calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios; (ii) el mejoramiento de la eficiencia, cobertura y acceso a los servicios y el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los hospitales; (iii) el funcionamiento del mecanismo de mantenimiento de la infraestructura y el equipo médico y hospitalario; (iv) el mejoramiento de la capacidad de gestión y regulación del MSPAS en temas de gestión ambiental y mantenimiento; (v) el mejoramiento de la gestión hospitalaria; (vi) el grado de sostenibilidad de las inversiones hospitalarias; y (vii) el funcionamiento de los mecanismos

de coordinación y de ejecución del Programa. Asimismo, para efectos de estimar el cumplimiento de la Tasa Interna de Retorno (TIR) (ver párrafo 4.8), se medirá los egresos de hospitales por enfermedades cuyos protocolos de atención definen que el no tratamiento hubiera resultado en muerte. La evaluación determinará también la satisfacción de los usuarios de los hospitales, con especial atención a la población indígena y al Hospital de Cobán, en el cual se implementará el módulo piloto de atención indígena. Al término de esta evaluación y con el fin de permitir revisiones y ajustes oportunos durante la ejecución, la UCPyP deberá presentar un informe analizando los indicadores de progreso definidos en la matriz de seguimiento¹⁸ del Programa y que serán registrados en el Informe de Seguimiento de Desempeño de Proyecto (ISDP). La evaluación final será efectuada cuando se hayan comprometido, por lo menos, el 90% de los recursos del financiamiento.

- 3.30 **Estados financieros y auditorías.** Las auditorías externas del Programa serán efectuadas por una firma de auditores independientes de acuerdo con las políticas y requerimientos del Banco (documentos AF-300 y AF-400), la cual será contratada a través de los procedimientos establecidos en el documento de licitaciones para la contratación de servicios de consultoría (AF-200), siguiendo los lineamientos establecidos en los términos de referencia para auditoría externa para proyectos financiados por el Banco (AF-400). Se requerirá la presentación del informe anual de los estados financieros del Programa dentro de los 120 días de finalizado el año fiscal. Los costos de auditoría forman parte del costo del Programa y son financiados con recursos del préstamo.
- 3.31 **Evaluación ex-post.** El Prestatario ha manifestado su interés en poder realizar una evaluación ex-post del Programa la cual evaluará entre otros, el funcionamiento de los nuevos hospitales. Se prevee que los recursos para financiar dicha evaluación podrán ser obtenidos como resultado del ESS (ver párrafo 1.31).

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Viabilidad institucional

- 4.1 Para efectos de evaluar la capacidad del MSPAS, se aplicó el Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI) en el 2006 para las áreas de programación de actividades, organización administrativa, administración de personal, administración de bienes y servicios, administración financiera, control interno y control externo. En forma general estas áreas presentan un desarrollo mediano y un nivel de riesgo medio. Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro IV-1
Resultados del SECI

Área	Calificación	Nivel de desarrollo	Nivel de riesgo
Programación de actividades	76,92%	Mediano	Medio
Organización administrativa	81,82%	Satisfactorio	Bajo
Administración de personal	85%	Satisfactorio	Bajo
Administración de bienes y servicios	74,07%	Mediano	Medio
Administración financiera	87,10%	Satisfactorio	Bajo
Control interno	62,50%	Mediano	Medio
Control externo	66,67%	Mediano	Medio

¹⁸ Esta matriz incluye los indicadores del Marco Lógico e hitos de eficiencia.

- 4.2 De acuerdo con los hallazgos y recomendaciones del SECI, el MSPAS preparó un plan de acción para el fortalecimiento de la capacidad institucional, ejercicio coordinado por la UPE y la GGAF. **El MSPAS presentará el cronograma de implementación de las acciones contenidas en dicho plan y su fuente de financiamiento, como condición especial previa al primer desembolso del Programa.**
- 4.3 En el tema de adquisiciones, el MSPAS contrató los servicios de consultoría para realizar el “Desarrollo organizacional del Departamento de Adquisiciones del MSPAS”, que incluye el desarrollo de los siguientes productos: (i) elaboración de la propuesta de organización y funciones del Departamento de Adquisiciones y del Departamento de Compras de las Unidades Ejecutoras; (ii) elaboración de manuales de normas y procedimientos para la adquisición de bienes y servicios; (iii) apoyo al análisis y diseño del sistema de información sobre ejecución y control de procesos de adquisición; (iv) apoyo al programa de capacitación en el tema de adquisiciones; (v) asistencia técnica para los procesos de adquisiciones y contrataciones del MSPAS; y (vi) asistencia técnica para los procesos de contrataciones de insumos de uso recurrente del MSPAS. Los productos finales de la consultoría serán entregados al MSPAS durante el primer trimestre del 2007, el cual formulará un cronograma de acción para su implementación durante la ejecución del Programa.
- 4.4 El proceso de Fortalecimiento Institucional del MSPAS descrito en los párrafos anteriores, asegurará el marco institucional adecuado para una eficiente ejecución del Programa. Adicionalmente, las consultorías puntuales en las áreas de coordinación técnica y administrativo-financiera, adquisiciones, gestión ambiental y desechos hospitalarios, gestión hospitalaria, así como la contratación de firmas especializadas para la elaboración de los estudios médico funcionales, el diseño de los proyectos de construcción y rehabilitación y la supervisión de los proyectos, reforzará la capacidad institucional y técnica necesaria para ejecutar la presente operación. Por lo tanto, el MSPAS cuenta con la capacidad institucional y técnica necesaria para ejecutar la presente operación, bajo la coordinación de la UCPyP la cual tiene una sólida experiencia en la ejecución de programas anteriores financiados por el Banco, el BM y otros cooperantes (ver [Síntesis de Proyectos Relacionados](#)).

B. Viabilidad técnica

- 4.5 Las inversiones hospitalarias que financiará el Programa han sido analizadas a nivel de preinversión. La actualización de la información sobre las especificaciones técnicas generales de las inversiones en infraestructura física y equipamiento para los hospitales priorizados del Programa, y el dimensionamiento y las estimaciones de costos de las inversiones en los mismos, fue contratada y desarrollada por consultores especializados durante la preparación del Programa. Mediante los documentos de licitación para los estudios de preinversión, se asegurará que las intervenciones que financiará el Programa sean, en todos los casos, soluciones de mínimo costo, diseñadas de acuerdo a los requerimientos de estándares mínimos de servicios de la red hospitalaria, la capacidad del personal de salud, y la realidad local, en términos de materiales,

soluciones técnico-estructurales, características ambientales y facilidad de construcción y mantenimiento. En cuanto a la disponibilidad de recursos humanos, ver párrafo 4.18.

C. Viabilidad socioeconómica

- 4.6 Se espera que el Programa tenga importantes beneficios directos e indirectos. Entre los principales beneficios directos se encuentran: (i) la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad; (ii) la reducción de horas de trabajo perdidas por disminución del tiempo de espera para atención médica, debido al descongestionamiento de la red hospitalaria del AM; (iii) la reducción del tiempo requerido para tener acceso a atención hospitalaria; y (iv) una gestión hospitalaria más costo-eficiente y que responda a las necesidades de la población. Asimismo, se espera que el Programa logre importantes beneficios indirectos, tales como una significativa reducción en los años de vida saludables (AVISA) perdidos.
- 4.7 Los programas de salud anteriores desarrollados en el país (PMSS I y II) lograron un importante aumento en la cobertura de atención del primer nivel, a través de ONG contratadas por estos programas y de la expansión de la red pública. Sin embargo, las inversiones para rehabilitar y mantener la red hospitalaria fueron limitadas. Bajo este marco, los logros obtenidos en una mayor cobertura del primer nivel de atención y su impacto en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad, requieren ahora ser complementados con una mejora, a corto plazo, de la capacidad resolutoria de los servicios hospitalarios, mediante la rehabilitación de la infraestructura hospitalaria, así como el fortalecimiento en la gestión de estos establecimientos. De esta manera, los retornos en las inversiones ya realizadas en el primer nivel de atención, mejorarían con el fortalecimiento de la oferta en el segundo y tercer nivel, además de responder a una creciente demanda de la población por servicios hospitalarios. En especial, dadas las altas tasas de mortalidad materna e infantil observadas, es esencial mejorar los servicios hospitalarios obstétricos de emergencia y cuidados neonatales. Asimismo, para responder a los retos que plantea la transición demográfica en Guatemala, es necesario dotar al sistema hospitalario de la infraestructura necesaria para dar una respuesta rápida y costo-eficiente a los casos agudos asociados a enfermedades crónicas.
- 4.8 Dos metodologías alternativas se utilizaron para calcular, en forma muy preliminar, la rentabilidad de las inversiones del Programa (ver [Cálculo de la Tasa Interna de Retorno del Programa](#)). En primer lugar, se estimó para un hospital de 92 camas, el beneficio que se obtiene por las muertes evitadas y por las morbilidades prolongadas evitadas entre la población ocupada, utilizando como valor económico el monto del PIB (PPP) dividido por la misma. Con base en esta información se calculó la TIR de los tres nuevos hospitales. En segundo lugar, se calculó el número de muertes que se tendría que evitar como resultado de las inversiones del Programa (incluyendo las rehabilitaciones) para llegar a por lo menos una TIR de 20%, utilizando como valor económico el valor de una vida estadística en Guatemala. Este último valor se estimó efectuando extrapolaciones de resultados de estudios internacionales sobre la disponibilidad de pagar para reducir el riesgo de mortalidad. En el primer caso, y asumiendo conservadoramente que: (i) el proyecto mantenga la misma relación de números de egresos por cama/año en los nuevos hospitales que en los existentes; (ii)

un 1% de los egresos correspondan a muertes evitadas, un 5% a la morbilidad prolongada evitada y un 94% no tienen efecto significativo; y (iii) la proporción de los servicios hospitalarios utilizados por la población ocupada mantenga la misma proporción que la participación de dicha población en la población total, se calculó un beneficio anual por hospital nuevo de aproximadamente US\$4,4 millones, lo cual implica un TIR del 21% si la vida útil del hospital es de 10 años y 23% si es de 20 años. Este cálculo no considera otros beneficios, como el bienestar de los habitantes. En el segundo caso, en el cual estos otros beneficios se están tomando en cuenta, se calculó que las inversiones del Programa (incluyendo los gastos recurrentes necesarios), tendrían que producir beneficios por un valor de US\$20 millones anuales a partir del quinto año para obtener una TIR del 20% (asumiendo una vida útil de las inversiones de 20 años). Bajo este escenario, para lograr este nivel de beneficios y considerando una estimación del valor de vida estadística en Guatemala, los hospitales beneficiarios del Programa tendrían que evitar por lo menos 44 muertes por año¹⁹, cifra que es probable que sea altamente superada. La evaluación intermedia y final incluirán la medición de muertes evitadas como resultado del Programa.

D. Viabilidad financiera

- 4.9 Para asegurar los gastos recurrentes incrementales que generará el Programa y la sostenibilidad de sus acciones, el MSPAS, dentro del techo presupuestario asignado por el MINFIN y aprobado por el Gabinete Económico, asignará los recursos presupuestarios que sean necesarios para tales propósitos. Estos costos se centran en recursos humanos y mantenimiento de las instalaciones, infraestructura y equipos hospitalarios.
- 4.10 El Presupuesto de Ingresos y Egresos para 2007 no fue aprobado por el Congreso, por lo que se mantuvo el presupuesto en vigencia del 2006, en el cual no se contempla espacio presupuestario para este Programa, por no haberse iniciado su formulación en el 2006. Para no afectar el inicio de la ejecución del Programa, el MINFIN estima asegurar los espacios presupuestarios necesarios dentro del presupuesto vigente o en todo caso, gestionar ante el Congreso de la República, una ampliación al solicitar la aprobación del mismo, tomando en cuenta que dentro de la agenda política del país, se ha priorizado el Sector de Salud y Asistencia Social. Dado que históricamente los techos presupuestarios no se disminuyen, al finalizar los proyectos de inversión en infraestructura, quedará un cupo disponible el cual podrá ser dirigido a los gastos recurrentes generados por el Programa. Los gastos recurrentes proyectados para los nuevos hospitales representan solo el 2% del presupuesto actual en gastos recurrentes del MSPAS, muy inferior al incremento observado en el presupuesto del Ministerio durante los últimos años.
- 4.11 El Programa financiará un estudio de sostenibilidad de las intervenciones que producirá planes de acción para la operación y el funcionamiento adecuado de los hospitales, terminadas las obras.

¹⁹ O alternativamente, algunas de estas muertes evitadas podrían sustituirse por un número mayor de morbilidades prolongadas evitadas.

E. Impacto social y ambiental

- 4.12 El Programa tendrá un impacto social positivo importante. A través del aumento en la accesibilidad, de forma eficiente y equitativa, a los servicios hospitalarios del sector público, el Programa mejorará la atención de salud a la población guatemalteca, en particular la población pobre e indígena. Asimismo, los criterios de selección de los hospitales a rehabilitar incluyeron el índice de pobreza en la región y el Programa promoverá un modelo de salud adecuado a las características de los pueblos indígenas. Esta operación, al mejorar la oferta de servicios públicos de salud, promueve la equidad social (SEQ), como se describe en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (AB-1704). También califica como un proyecto PTI, ya que mejorará el acceso a servicios de salud de la población pobre (ver [Justificación y Criterios](#)).
- 4.13 La operación promoverá la implementación de guías y procesos adecuados de manejo de agua potable, evacuación de aguas servidas y manejo de desechos hospitalarios, así como de seguridad y conservación de energía, reduciendo el impacto ambiental negativo actualmente causado por los hospitales a rehabilitar y minimizando el futuro impacto de los tres nuevos hospitales. Asimismo, se financiarán los costos de la contratación de los servicios de manejo externo de los desechos hospitalarios (DSHP) y la atención directa por parte del MSPAS. El Componente II comprende consultorías especializadas y procesos de monitoreo y supervisión de las obras civiles que garantizarán que estos criterios estén presentes en los proyectos arquitectónicos.

F. Beneficios y beneficiarios

- 4.14 El reordenamiento de la oferta hospitalaria en el Área Metropolitana, a partir de la construcción de tres hospitales en zonas de alto crecimiento poblacional y con dificultades de acceso físico a servicios hospitalarios, permitirá descongestionar la distribución de pacientes, minimizar el costo de tratamiento y mejorar la calidad, eficiencia y equidad en la atención. De igual forma, la recuperación de instalaciones hospitalarias en zonas con altos índices de pobreza permitirá aumentar el acceso a servicios y la capacidad resolutive de dichos hospitales.
- 4.15 Los beneficios del Programa incluirán la reducción de la morbi-mortalidad, la disminución de pérdidas de tiempo (y por consecuencia costos de oportunidad) tanto en la búsqueda de tratamiento como en el proceso de recuperación, y el uso más costo-eficiente de recursos individuales y públicos (ver 4.6). Se espera, entre otros, que el Programa aumente en unos 19 puntos porcentuales el número de embarazadas cuyo parto fue atendido con personal calificado, y en siete puntos porcentuales el número de casos agudos de IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) y de EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas) atendidos y tratados entre los menores de cinco años. Además, se prevé que el giro de camas, así como el porcentaje de cirugías por quirófano, en los hospitales rehabilitados será significativamente mayor (10%) que el promedio de los hospitales del mismo nivel no incluidos en la operación, a mediados y al final del Programa.

- 4.16 Con la construcción de los tres nuevos hospitales, se estima una población beneficiaria directa de alrededor de 1,2 millones de habitantes e indirecta de toda la población del país. La rehabilitación de los hospitales también beneficiará directamente a 5,1 millones de habitantes (de los cuales 66% son pobres y 47% poblaciones indígenas), sin contar con la población de todo el país que podrá beneficiarse de la rehabilitación del Hospital Especializado de Traumatología.

G. Riesgos

- 4.17 **Capacidad de ejecución.** El Programa destina la mayoría de sus recursos e inversiones a la renovación y rehabilitación de hospitales, lo que requiere fortalecer la capacidad de contratación y supervisión de obras por parte del MSPAS. En este sentido, de acuerdo a los resultados y recomendaciones de la evaluación SECI (2005, actualización 2007), se están fortaleciendo la UPE y la DAM con recursos del PMSS II y se implementarán a corto plazo las medidas identificadas en el Plan de Acción de Fortalecimiento Institucional.
- 4.18 **Sostenibilidad.** La operación presenta los siguientes riesgos con respecto a la sostenibilidad: (i) las dificultades que enfrenta la implementación de un sistema de mantenimiento de las inversiones en infraestructura y equipo; (ii) la falta de recursos de presupuesto para los recursos humanos necesarios; (iii) la escasez de recursos humanos para la operación de los hospitales; y (iv) la posible sustitución de recursos para la operación con los asignados a la atención primaria en salud. Para mitigar el primer riesgo, se está incorporando en el diseño del Programa un mecanismo de mantenimiento que garantice la asignación de recursos financieros necesarios para la operación y el mantenimiento de la infraestructura y equipos financiados. Para mitigar el segundo riesgo, la operación incorpora el desarrollo de un plan de acción que identifique fuentes de recursos presupuestales y humanos para la operación de los hospitales. En cuanto al tercer riesgo, se está acordando un ESS (ver párrafo 1.31) para el sector salud, en el cual se incluiría un programa de formación de recursos humanos. Para mitigar el último, el MINFIN está tramitando un aumento en el cupo presupuestal para el sector.
- 4.19 **Implementación del modelo de gestión hospitalaria.** El Programa promueve la implementación de un nuevo modelo de gestión en forma paralela al mejoramiento de la infraestructura, para asegurar un manejo más eficiente de los recursos. Existe el riesgo de resistencia inicial al cambio por parte de los funcionarios de los hospitales en que se va a implementar el modelo. Para mitigarlo, la rehabilitación física de los hospitales está condicionada a la implementación del modelo. Al mejorar la eficiencia, productividad y calidad de los servicios, se espera que la resistencia disminuya durante la implementación.

**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA
(GU-L1009)
MARCO LÓGICO**

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Fin Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca.	El % de embarazadas cuyo parto fue atendido institucionalmente aumenta de 41% en 2007 (línea de base) ¹ al 60% en 2011. El % de casos de IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) y de EDA (Enfermedades Diarreicas Agudas) atendidos y tratados entre los menores de cinco años aumenta de 14% y 23% en 2007 (línea de base) a un mínimo de 20% y 30% en 2011, respectivamente ² .	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2007 y 2012.	Se lleva a cabo la ENSMI 2007 y sus datos son divulgados antes de fin de año. Las inversiones se completan a tiempo y están operativos.
Propósito Fortalecer la infraestructura de la red de servicios de salud a través de la inversión física en la red hospitalaria, congruente con un adecuado manejo ambiental de los hospitales y apoyando el fortalecimiento de la gestión hospitalaria.	Acceso: (i) El % de pacientes de procedencia de Mixco, Villanueva y Zona 18 atendidos en los dos Hospitales de Referencia Nacional de Guatemala disminuye de 34% en 2007 (línea de base) ³ a 20% en 2011. (ii) El % de consultas externas sobre el total de atendidos en los dos hospitales de referencia nacional se reduce de 36% en 2006 (línea de base) a 20% al 2011. (iii) El volumen total de atención (consulta externa, emergencia e internaciones) en los hospitales rehabilitados por el Programa aumenta en 10% del 2006 (línea de base) ⁴ al 2009 y de 20% al 2011.	Registro de pacientes de los hospitales.	El MINFIN (Ministerio de Finanzas Públicas) y el MSPAS garantizan la asignación de recursos para el funcionamiento de los nuevos hospitales. El nuevo modelo de gestión se implementa en los hospitales del Programa, garantizando una adecuada referencia de la red. El sistema de estadísticas del MSPAS funciona adecuadamente.

¹ La línea de base actualmente reflejada corresponde a datos sobre partos atendidos por personal calificado en la ENSMI del 2002. El Ministerio de Salud financiará una ENSMI en 2007, la cual incluirá información sobre partos institucionales, cuyos resultados deberán estar disponibles en octubre del 2007, posibilitando actualizar esta línea de base.

² La línea de base corresponde a la ENSMI del 2002. El Ministerio de Salud financiará una ENSMI en 2007, cuyos resultados deberán estar disponibles en octubre del 2007, posibilitando actualizar esta línea de base. En el caso de que dicha encuesta incluya información sobre mortalidad neonatal, este indicador sustituirá los indicadores de EDA e IRA.

³ Corresponde al promedio obtenido para el año del 2006. Esta información deberá ser revisada a fines de que se considere el promedio del primer bimestre de 2007.

⁴ La línea de base se encuentra en los cuadros 8, 9 y 11 del Anexo IV del Programa.

Resumen Narrativo	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
	<p>Eficiencia:</p> <p>(i) El giro de camas de los hospitales rehabilitados es 5% y 10% mayor que el promedio de los hospitales del mismo nivel no incluidos en la operación, en el 2009 y el 2011, respectivamente.</p> <p>(ii) El % de cirugías por quirófano en los hospitales rehabilitados por el Programa es 5% y 10% mayor que el promedio de los hospitales del mismo nivel no incluidos en la operación, en el 2009 y el 2011, respectivamente.</p> <p>Deterioro de la Red: El grado de deterioro de la red hospitalaria regional y departamental de servicios se reduce de 0,583 en 2007 (línea de base) a por lo menos 0,4 en el 2009⁵.</p> <p>Mantenimiento:</p> <p>(i) La asignación presupuestaria total para el mantenimiento de los hospitales beneficiarios de rehabilitación por el Programa, aumenta de 1,63% en el 2007 al 2% en el 2009 y 3% en el 2011.</p> <p>(ii) La ejecución presupuestaria de mantenimiento hospitalario es de 100% en cada año de ejecución del Programa</p> <p>Calidad:</p> <p>(i) El nivel de satisfacción con la atención recibida entre la población indígena aumenta de X% en el 2009 a Y% en el 2011.⁶</p>	<p>Registro administrativo de los hospitales; Evaluación Intermedia y Final.</p> <p>Registro administrativo del MSPAS; Evaluación Intermedia y Final.</p> <p>Registro administrativo del MSPAS.</p> <p>Registro administrativo del Programa.</p> <p>Informes financieros del MSPAS y de los hospitales del Programa y planes e informes de evaluación de mantenimiento de los hospitales.</p> <p>Encuesta de satisfacción, parte de evaluación intermedia y final.</p>	<p>El MSPAS incorporó la metodología de cálculo del Id, desarrollada durante la preparación del Programa.</p>

⁵ El Índice de Deterioro de los Hospitales Departamentales se define a través de la fórmula $Id = 1 - ICR(d)$, donde Id es el grado de deterioro e ICR es el Índice de Carencia Relativa de las variables que miden el nivel de deterioro hospitalario. La referencia electrónica [“Justificación y Criterios Utilizados para la Construcción y Rehabilitación de Hospitales del Programa”](#) presenta la metodología y la base de cálculo del Id.

⁶ La línea de base para efectos de éste indicador se levantará como parte de la evaluación intermedia.

Componentes	Indicadores	Medios de Verificación	Supuestos
Componente I Red hospitalaria fortalecida de acuerdo a estándares de calidad y con capacidad resolutive ampliada.	<p>Cumplimiento de la programación de inversiones en infraestructura y equipamiento por año de ejecución.</p> <p>El 100% de los establecimientos seleccionados para ser rehabilitación y equipados por el Programa se encuentran rehabilitados y en funcionamiento al final del segundo año del Programa.</p> <p>Tres nuevos hospitales se encuentran con las obras finalizadas y en funcionamiento al final de la ejecución del Programa.</p>	<p>Reportes de ejecución del Programa.</p> <p>Reportes de ejecución del Programa.</p> <p>Informes de visitas de habilitación MSPAS.</p>	<p>El Ministerio de Salud tiene estándares adecuados para obras y equipamientos.</p> <p>Las obras físicas y las instalaciones de equipamientos cumplieron con estándares existentes en el Ministerio de Salud.</p>
Componente II Capacidad técnica y financiera del MSPAS fortalecida para la gestión del mantenimiento y manejo de desechos.	<p>El 100% de los hospitales rehabilitados cuenta con planes de mantenimiento y de manejo de desechos hospitalarios al final del tercer año del Programa.</p> <p>El 100% de las normas técnicas para inversiones en infraestructura, equipamiento, uso de tecnología y gestión ambiental son revisadas, actualizadas e implementadas a partir del segundo año de ejecución del Programa.</p>	<p>Informe de ejecución financiera por el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAFI).</p> <p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p> <p>Reportes Unidad de Planificación Estratégica.</p>	<p>El MSPAS asigna los recursos técnicos y humanos requeridos para apoyar la ejecución de las actividades del Programa.</p>
Componente III Modelo de gestión hospitalaria desarrollado y extendido a hospitales del Programa.	<p>Al final del tercer y cuarto año de ejecución, por lo menos 50% y 75% (respectivamente) de los hospitales del Programa que implementan el modelo de gestión:</p> <p>a) Cumplen con las metas de productividad, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario previstas en los Convenios de Gestión, al final del Programa.</p>	<p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p>	<p>Los funcionarios de los hospitales están interesados en interiorizar y aplicar las metodologías, aplicaciones e instrumentos del proceso de modernización hospitalaria.</p>

	<p>b) Presentan nuevas gerencias de gestión (mínimo de dos gerencias por hospital) y una oficina de atención al público con libro de reclamos, al final del Programa.</p> <p>c) Aplican protocolos médicos para guiar la atención, al final del Programa.</p> <p>d) Realizan: (i) la selección de personal a nivel local a través de perfiles ocupacionales; (ii) compras programadas en base a necesidades y un cuadro básico establecido a nivel local; y (iii) la elaboración del presupuesto a nivel local en base al SIAFI, al final del Programa.</p> <p>Los 9 hospitales beneficiarios de este componente contarán con al menos un facilitador cultural bilingüe, al final del tercer año del Programa.</p>	<p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p> <p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p> <p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p> <p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p>	
<p>Componente IV Sistema de monitoreo, supervisión y de evaluación de proyectos implantado.</p>	<p>Sistema de monitoreo y evaluación implantado al final del segundo año de ejecución del Programa.</p> <p>Manual de interventoría y supervisión de proyectos aprobado y puesto en vigencia por el MSPAS, al final del segundo año del Programa.</p> <p>El 100% de los hospitales del Programa participa en los eventos de difusión del mismo, al segundo año de ejecución.</p> <p>El Programa realiza la comunicación social del proceso de modernización de hospitales en español y lenguas indígenas apropiadas a cada localidad al segundo año de ejecución.</p>	<p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p> <p>Acto administrativo de puesta en vigencia.</p> <p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p> <p>Reportes del sistema de monitoreo y evaluación del Programa.</p>	<p>El MSPAS asigna los recursos técnicos y humanos requeridos para apoyar la ejecución de las actividades del Programa.</p> <p>Existe una coordinación adecuada entre el MSPAS y el IGSS para articular la red de prestación de servicios.</p>

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-___/07

Guatemala. Préstamo ____/OC-GU a la República de Guatemala.
Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Guatemala, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de fortalecimiento de la red hospitalaria. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$50.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen de Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el ____ de _____ de 2007)

LEG/OPR/RGII/IDBDOCS#890660
GU-L1009