



**Directorio Ejecutivo**  
**Para consideración**  
A partir del 26 de octubre de 2016

PR-4427  
11 de octubre de 2016  
Original: inglés  
**Público**  
**Divulgación Simultánea**

**A:** Los Directores Ejecutivos  
**Del:** Secretario  
**Asunto:** Guyana. Propuesta de préstamo para el proyecto “Apoyo para Mejorar la Salud Maternoinfantil”

**Información básica:** Modalidad ..... Proyecto de Inversión Específica (ESP)  
Prestatario..... República Cooperativa de Guyana  
Monto ..... hasta US\$4.000.000  
Fuente .....Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario  
Monto ..... hasta US\$4.000.000  
Fuente ..... Fondo para Operaciones Especiales

**Consultas a:** Marcella Distrutti (extensión 2504) o Donna Harris (teléfono Representación en Jamaica 876-764-0819)

**Observaciones:** Esta operación no está incluida en el Anexo III del documento GN-2849, "Informe sobre el Programa de Operaciones de 2016", aprobado por el Directorio Ejecutivo el 3 de marzo de 2016. Por consiguiente, la operación no califica para ser aprobada por Procedimiento Simplificado.

El financiamiento para esta operación corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco.

**Referencia:** GN-1838-1(7/94), DR-398-17(1/15), GN-2849(3/16), AB-2504(11/06), AG-9/06



DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

## **GUYANA**

### **APOYO PARA MEJORAR LA SALUD MATERNOINFANTIL**

**(GY-L1058)**

#### **PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por Clara Alemann (SCL/GDI); Luis Buscarons (SPH/CBO); Emilie Chapuis (FMP/CGY); Martha Guerra (SCL/SPH); Donna Harris (SPH/CJA), cojefa de equipo; Ian Ho-a-Shu (SPH/CTT); Emma Iriarte (SPH/CPN); Javier Jiménez (LEG/SGO); Paula Louis-Grant (FMP/CGY); José Luis de la Bastida (VPS/ESG); Jennifer Nelson (SPH/CPN); Sandro Parodi (SPH/CDR); Leticia Ramjag (CCB/CGY); Diego Ríos (SPH/CPN); Karolina Schantz (SCL/SHP), y Marcella Distrutti (SCL/SPH), jefa de equipo.

El presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

## ÍNDICE

### RESUMEN DEL PROYECTO

I.	DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS .....	1
	A. Antecedentes, problema abordado y justificación .....	1
	B. Objetivo, componentes y costo .....	13
	C. Indicadores de resultados clave .....	14
II.	ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y RIESGOS PRINCIPALES .....	15
	A. Instrumentos financieros.....	15
	B. Riesgos y salvaguardias ambientales y sociales .....	16
	C. Riesgo fiduciario .....	16
	D. Otros aspectos y riesgos clave .....	17
III.	PLAN DE EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN .....	18
	A. Resumen de los mecanismos de ejecución .....	18
	B. Resumen de los mecanismos para el seguimiento de los resultados .....	19
	C. Actividades de diseño posteriores a la aprobación .....	20

## APÉNDICES

Proyecto de resolución

<b>ANEXOS</b>	
Anexo I	Resumen de la Matriz de Efectividad en el Desarrollo
Anexo II	Marco de Resultados
Anexo III	Arreglos Fiduciarios

<b>ENLACES ELECTRÓNICOS</b>	
<b>REQUERIDOS</b>	
1.	<a href="#">Plan de Ejecución Plurianual</a>
2.	<a href="#">Plan de Seguimiento y Evaluación</a>
3.	<a href="#">Informe de Gestión Ambiental y Social (IGAS)</a>
4.	<a href="#">Plan de Adquisiciones</a>
<b>OPCIONALES</b>	
1.	<a href="#">Evaluación Institucional del Ministerio de Salud Pública</a>
2.	<a href="#">Análisis Económico Ex Ante</a>
3.	<a href="#">Análisis Ambiental y Social</a>
4.	<a href="#">Filtro de Política de Salvaguardias y Formulario de Análisis de Salvaguardias</a>
5.	<a href="#">Manual de Operaciones</a>

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

CMO	Oficial Médico Jefe
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
FOE	Fondo para Operaciones Especiales
GPHC	Georgetown Public Hospital Corporation
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
MMU	Unidad de Administración de Materiales
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PGAS	Plan de Gestión Ambiental y Social
RDC	Consejos Democráticos Regionales
RHA	Autoridades Sanitarias Regionales
SECI	Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## RESUMEN DEL PROYECTO

### GUYANA APOYO PARA MEJORAR LA SALUD MATERNOINFANTIL (GY-L1058)

Términos y condiciones financieros					
<b>Prestatario:</b> República Cooperativa de Guyana				<b>Capital Ordinario</b>	<b>Fondo para Operaciones Especiales (FOE)</b>
		<b>Plazo de amortización:</b>		30 años	40 años
<b>Organismo ejecutor:</b> Ministerio de Salud Pública (MSP)		<b>Período de desembolso:</b>		5 años	5 años
		<b>Período de gracia:</b>		6 años	40 años
<b>Fuente</b>	<b>Monto (US\$)</b>	<b>%</b>	<b>Comisión de inspección y vigilancia:</b> <sup>(b)</sup>		N/A
<b>BID (Capital Ordinario):</b>	4 millones	50	<b>Tasa de interés:</b>		0,25%
			Facilidad Unimonetaria, fija <sup>(a)</sup>		
<b>BID (FOE):</b>	4 millones	50	<b>Comisión de crédito:</b>		N/A
			<sup>(b)</sup>		
<b>Total</b>	8 millones	100	<b>Moneda de aprobación:</b>		Dólares estadounidenses con cargo al FOE
			Dólares estadounidenses con cargo al Capital Ordinario		

#### Esquema del proyecto

**Objetivo y descripción del proyecto:**

El objetivo de este proyecto es contribuir a la reducción de muertes maternas, perinatales y neonatales en Guyana (párrafo 1.33).

**Cláusulas contractuales especiales previas al primer desembolso:**

Deberán cumplirse las siguientes condiciones previas al primer desembolso: (i) el Secretario Permanente del MSP ha aprobado y puesto en práctica el Manual de Operaciones del proyecto en los términos y condiciones previamente aprobados por el Banco; (ii) se han contratado los cinco funcionarios clave de conformidad con los términos de referencia debidamente aprobados por el Banco, y (iii) el MSP ha establecido el Comité Coordinador (párrafo 3.6).

**Cláusulas contractuales especiales de la ejecución:**

La implementación del Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS) será una condición previa para la ejecución de las actividades hospitalarias en el marco del Componente II, (ii) y (iii) (párrafo 2.3).

La implementación del Plan de Gestión de Riesgos y Respuesta ante Emergencias será una condición previa para la ejecución de la construcción hospitalaria en el marco del Componente II, (ii) (párrafo 2.3).

**Excepciones a las políticas del Banco:** Ninguna.

#### Alineación estratégica

<b>Retos<sup>(c)</sup>:</b>	IS <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input type="checkbox"/>	IE <input type="checkbox"/>
<b>Temas transversales<sup>(d)</sup>:</b>	IG <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	IC <input type="checkbox"/>

<sup>(a)</sup> El prestatario pagará intereses sobre el saldo pendiente del préstamo del Capital Ordinario a una tasa basada en la LIBOR. Cada vez que el saldo pendiente alcance 25% del monto neto aprobado o US\$3 millones, la cantidad que sea mayor, la tasa de interés será fija.

<sup>(b)</sup> La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas pertinentes.

<sup>(c)</sup> IS (Inclusión social e igualdad); PI (Productividad e innovación) e IE (Integración económica).

<sup>(d)</sup> IG (Igualdad de género y Diversidad); CC (Cambio climático y sostenibilidad ambiental) y CI (Capacidad institucional y estado de derecho).

## I. DESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, problema abordado y justificación

- 1.1 **Condiciones macroeconómicas.** Guyana ha gozado de 10 años de crecimiento económico real positivo entre 2006 y 2015, con un promedio de 4,3% anual. Para 2016 se proyecta un crecimiento económico de 4% como resultado de un alto monto de remesas, precios bajos del petróleo y entradas de inversión extranjera directa relacionadas con el petróleo. La inflación sigue siendo baja (el Índice de Precios al Consumidor fue de -1,8% in 2015<sup>1</sup>), la moneda y las reservas internacionales son estables y la deuda pública total como porcentaje del PIB es manejable, con un nivel de 52%. El déficit fiscal seguirá siendo manejable en torno a 5% del PIB en 2016. El gobierno elaboró una estrategia de inversión para los sectores de infraestructura y social encaminada a fortalecer la productividad y la actividad económica en el mediano plazo<sup>2</sup>. Por otra parte, en análisis recientes se ha demostrado que la falta de acceso al financiamiento externo parece ser un fuerte obstáculo para acelerar el crecimiento en Guyana<sup>3</sup>.
- 1.2 **Mejoras en los indicadores de salud.** Guyana ha hecho avances significativos en el sector de salud en los dos últimos decenios: se redujo la carga de enfermedades transmisibles como la infección por VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis, en tanto que la esperanza de vida aumentó de 62 años en 1991 a 67 años en 2015<sup>4</sup>. El país cumplió los Objetivos de Desarrollo del Milenio en nutrición, salud infantil (niños menores de cinco años), enfermedades transmisibles<sup>5</sup>, y agua y saneamiento<sup>6</sup>, lo que tuvo impactos positivos en materia de salud. La tasa de mortalidad materna bajó 26% entre 2000 y 2014, en tanto que la tasa de mortalidad infantil (niños menores de un año) se redujo 12% en el mismo período<sup>7</sup>.
- 1.3 **El sistema sanitario de Guyana.** El sistema de salud nacional es público, universal y gratuito para todos los guyaneses. La mayoría de la población depende directamente del sector público, mientras que se estima que 5% tiene acceso a servicios privados mediante seguros de salud voluntarios privados. Se calcula que los pagos que efectúa el usuario directamente representan 8% a 10% del gasto total en salud<sup>8</sup>. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el administrador del sistema y responsable del establecimiento de políticas, reglamentación y supervisión, y vigilancia sanitaria. El sistema público está financiado por los impuestos generales recaudados, y las erogaciones en salud pública constituyeron 3,1% del PIB en

---

<sup>1</sup> <http://www.statisticsguyana.gov.gy/prices.html>.

<sup>2</sup> 2016. *IMF Country Report N16/216*.

<sup>3</sup> *CDC Guyana 2016*.

<sup>4</sup> Indicadores básicos de la OPS.

<sup>5</sup> El porcentaje de niños menores de cinco años que padecen desnutrición moderada/leve se redujo de 12% en 1997 a 6% en 2008. La tasa de mortalidad de menores de cinco años descendió de 102/1.000 nacidos vivos en 1991 a 24 en 2014. Si bien la prevalencia de infección por el VIH/SIDA sigue siendo elevada, la incidencia ha disminuido y el acceso a fármacos antirretrovirales llegó a 93% en 2012. Fuentes: *MDG Progress Report 2011*, *Oficial Médico Jefe (CMO) Report 2014*, *Health Vision 2020* y datos del Observatorio de la OMS.

<sup>6</sup> El 94% de los hogares tienen acceso a fuentes mejoradas de agua potable y 95,4% a instalaciones sanitarias mejoradas. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de Guyana 2014.

<sup>7</sup> Hogan et al. 2010 y datos del Banco Mundial.

<sup>8</sup> *Guyana Health Financing Review*, OPS 2013.

- 2014<sup>9</sup>. Los Consejos Democráticos Regionales (RDC) se encargan de la prestación de servicios, bajo la orientación y la supervisión del MSP<sup>10</sup>. La red de atención sanitaria incluye puestos de salud, centros de salud, hospitales de distrito, hospitales regionales y hospitales nacionales especializados. El principal es el hospital Georgetown Public Hospital Corporation (GPHC), un establecimiento de referencia para cuidados muy especializados para todo el país.
- 1.4 **Estructura administrativa del país.** El país está organizado en 10 regiones, y el 90% de la población se concentra en la costa oriental del país (regiones 2, 3, 4, 5, 6 y 10) en tanto que el 10% restante reside en zonas rurales del interior (regiones 1, 7, 8 y 9) (véase el [g](#)). Los principales grupos étnicos de las zonas costeras son indoguyanenses y afroguyanenses, en tanto que la mayoría de la población de las zonas rurales del interior son indígenas<sup>11</sup>.
- 1.5 **Desafíos que subsisten en la salud materna y neonatal.** Pese al progreso logrado, Guyana sigue registrando tasas de mortalidad materno-infantil que se encuentran entre las más altas de la región de América Latina y el Caribe<sup>12</sup>. Se calcula que la tasa de mortalidad materna es de 121 por cada 100.000 nacidos vivos y que la infantil es de 22 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>13</sup>. En la mayoría de los casos, la muerte se produce en el período neonatal (hasta 28 días después del nacimiento); en 2014, 93% de las muertes de niños menores de un año tuvo lugar durante el período neonatal. En ese mismo año se registraron 177 casos de muerte prenatal<sup>14</sup>. Las principales causas de mortalidad materna son la hemorragia puerperal y la hipertensión inducida por el embarazo, en tanto que el 70% de las muertes neonatales se deben a partos prematuros, seguidos de enfermedades respiratorias (20%)<sup>15</sup>. Existe una alta tasa de embarazo en la adolescencia (10-19 años de edad) que representa alrededor de 20% de todos los nacidos vivos<sup>16</sup> y constituye un riesgo más elevado para las madres y los recién nacidos<sup>17</sup>.
- 1.6 **Los principales factores que originan estos resultados maternos y neonatales en Guyana** están relacionados con el acceso, el uso y la calidad inadecuados de los servicios de salud reproductiva, maternal y neonatal, así como con la organización de la red de atención médica<sup>18</sup>.
- 1.7 **Acceso y uso de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.** En Guyana, más de 90% de las gestantes acuden por lo menos a una consulta

---

<sup>9</sup> Por debajo del promedio regional de 3,7%. MSP e Indicadores del desarrollo mundial 2016.

<sup>10</sup> En 1986 se descentralizó la atención de salud en los Consejos Democráticos Regionales. En 2005 se establecieron Autoridades Sanitarias Regionales (RHA) para que asumieran la responsabilidad de la prestación de servicios en las regiones. Las Juntas Directivas de las RHA son nombradas por el Ministro de Salud, y celebran contratos de servicio con el MSP. Hasta ahora, se ha establecido una RHA (en la región 6) y se prevé que se establecerán otras cuatro de aquí a 2020.

<sup>11</sup> Los indicadores de salud de las poblaciones indígenas (70.000 en total) son los más bajos del país.

<sup>12</sup> En la región de América Latina y el Caribe, la mortalidad materna es 62,9 y la infantil 15,7 (Indicadores básicos de la OPS 2014).

<sup>13</sup> CMO 2014.

<sup>14</sup> 2% de todos los nacimientos.

<sup>15</sup> CMO 2014.

<sup>16</sup> *MDG Acceleration Framework*, Gobierno de Guyana 2014.

<sup>17</sup> *Adolescent Pregnancy: Review of Evidence*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2013.

<sup>18</sup> *MDG Acceleration Framework 2014*; Encuesta de Demografía y Salud (EDS) 2009; OPS 2009.

prenatal con un profesional calificado, 87% acuden a cuatro visitas y 93% de los partos tienen lugar en un establecimiento sanitario<sup>19</sup>. Si bien estos indicadores son positivos, persisten importantes retos. Por ejemplo, la necesidad insatisfecha<sup>20</sup> de anticonceptivos es de 28%<sup>21</sup> y únicamente 54% de las mujeres comenzaron a recibir cuidados prenatales durante el primer trimestre del embarazo<sup>22</sup>. De este total, una de cada 10 mujeres acudió a su primera visita cuando ya tenía seis o siete meses de embarazo. Existen marcadas desigualdades geográficas en el acceso a la atención médica, sobre todo en las zonas rurales del interior del país. En la región 1, por ejemplo, solo 67% de las mujeres acudieron a cuatro consultas prenatales, mientras que en la región 9 se calcula que 47% de los partos se realizan en instituciones<sup>23</sup>. Las necesidades no satisfechas de anticonceptivos varían entre 22% en la región 6 a 40% en la región 1<sup>24</sup>.

- 1.8 Según la Encuesta de Demografía y Salud (2009) más reciente, las mujeres en edad reproductiva entrevistadas señalaron que los principales obstáculos para el acceso a los anticonceptivos son preocupaciones por la salud y temor de los efectos secundarios. Esta situación puede mejorarse con educación e información sanitaria mediante un adecuado asesoramiento en planificación familiar y campañas de comunicación. Conforme a lo que manifestaron las mujeres entrevistadas, las barreras más difíciles para acceder y utilizar atención médica, del lado de la oferta, tienen que ver con la insuficiente disponibilidad de proveedores (así lo notificaron 49% de las mujeres) y medicamentos y otros suministros médicos (44%). Del lado de la demanda, las dificultades se deben a que las mujeres no quieren ir solas (16,8%) y a que tienen que tomar un medio de transporte (15,8%).
- 1.9 Las barreras del lado de la demanda pueden afectar decisiones importantes de las pacientes cuando se trata de acudir a servicios de salud, sobre todo en zonas rurales del interior. La demora en reconocer señales de complicaciones y en decidir buscar atención médica para una emergencia obstétrica, por ejemplo, es una de las causas de graves problemas maternos y neonatales. En datos preliminares

---

<sup>19</sup> MICS 2014.

<sup>20</sup> Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión libre que quieren espaciar o limitar el número de nacimientos pero que no utilizan anticonceptivos.

<sup>21</sup> En estudios realizados se estima que 30% de las muertes maternas son evitables cuando se reciben servicios de planificación familiar (Winikoff y Sullivan 1997). El acceso a servicios reproductivos, información y métodos anticonceptivos modernos son fundamentales para el bienestar materno y neonatal, porque ayudan a aplazar la edad del primer nacimiento y fomenta un intervalo óptimo entre los embarazos. Además, cuando la mujer planifica su embarazo puede identificar y mitigar factores de riesgo subyacentes, como la anemia.

<sup>22</sup> Es difícil estimar la contribución relativa de la atención prenatal a la reducción de la mortalidad materna y neonatal; no obstante, se ha demostrado que toda la atención recibida en estas visitas marcan una diferencia en aspectos tales como: prevención, detección y tratamiento de la anemia; detección temprana y tratamiento de preeclampsia y eclampsia, con derivación de la paciente a otra institución si fuera necesario; estudios para detectar infecciones y vacunación antitetánica, entre otras (Brouwere y Lerberghe 2001).

<sup>23</sup> Se estima que 40% de las muertes maternas, neonatales y prenatales ocurren alrededor del momento del parto. Una proporción significativa de mortalidad materna, por ejemplo, se debe a trastornos no detectables con anterioridad al nacimiento (por ejemplo, hemorragia, sepsis). Por lo tanto, es fundamental contar con atención en un establecimiento médico cerca de la fecha de nacimiento y en el parto para prevenir muertes que pueden evitarse (*Lancet Newborn Series 2014*).

<sup>24</sup> MICS 2014.

recogidos en 2015 se indica que 18% de todas las muertes maternas ocurrieron durante el traslado a un establecimiento de salud<sup>25</sup>.

- 1.10 **Calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.** En Guyana, la calidad de la atención de la salud sigue representando un desafío. A pesar de la amplia cobertura prenatal, por ejemplo, únicamente 22% de las gestantes recibieron por lo menos dos dosis de la vacuna antitetánica y 67% recibieron información sobre la infección por el VIH. En la región 9 se midió la presión arterial y se les tomaron muestras de orina y sangre solo a 62% de las embarazadas, en tanto que el porcentaje fue de 98% en la región 4. En el período de posparto, apenas se realizan 47,8% de chequeos menos de cuatro horas después del parto y 52% de los recién nacidos no reciben atención posnatal tras el nacimiento<sup>26, 27</sup>.
- 1.11 La calidad de la atención de la salud depende de muchos factores, entre ellos la disponibilidad de trabajadores sanitarios calificados, un entorno propicio (infraestructura, equipo y suministros), y procesos clínicos y administrativos optimizados, que abarcan la manera en que se presta la atención. En cuanto a recursos humanos, las altas tasas de emigración de enfermeras y médicos formados en el país, y la concentración de los restantes profesionales de la salud en Georgetown, la capital, o cerca de ella, constituyen un desafío para el sistema de salud<sup>28</sup>. Asimismo, las pruebas de las que se dispone sugieren que el personal sanitario carece de habilidades y competencias adecuadas<sup>29</sup> como resultado de una capacitación práctica insuficiente y procedimientos deficientes de gestión de recursos humanos. Pese a que la calidad de la atención es una prioridad para el MSP, la mayoría de los establecimientos sanitarios no cuentan con un sistema de mejora de la calidad.
- 1.12 Una encuesta realizada en 2010<sup>30</sup> reveló que muy pocos hospitales públicos contaban con todo el equipo necesario para la atención obstétrica y neonatal esencial y de emergencia, como equipo para episiotomía, extracción con ventosa y fórceps. Únicamente 10 hospitales, de un total de 25, tenían equipo completo para partos, situación que también se encontró en nueve de 19 centros de salud. No siempre se dispone inmediatamente de artículos esenciales como oxitocina, sulfato de magnesio y hemoderivados.
- 1.13 En lo que se refiere a procesos, solo 54% de los hospitales públicos usan partogramas para dar seguimiento al trabajo de parto. Son herramientas sencillas

---

<sup>25</sup> Según informes del Oficial Médico Jefe (CMO), en 2014 no hubo ningún caso de muerte materna durante su traslado. En 2013, 11% de las muertes se produjeron en la comunidad o durante el traslado.

<sup>26</sup> La atención posnatal es crucial para los recién nacidos, sobre todo inmediatamente después del nacimiento. Aproximadamente tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren en la primera semana y hasta un 50% dentro de las 24 horas del nacimiento. UNICEF 2014.

<sup>27</sup> MICS 2014 y EDS 2009.

<sup>28</sup> Muchos hospitales y centros de salud ubicados fuera de la región 4 no cumplen con las normas de recursos humanos del MSP (UNFPA 2010). En la región 4 están empleados 73,6% de los médicos de Guyana (OPS 2010).

<sup>29</sup> En la encuesta del UNFPA de 2010, un grupo de 36 proveedores de servicios sanitarios obtuvo un promedio de 75% en la forma de diagnosticar asfisia y del procedimiento a seguir si un recién nacido no está respirando o está respirando lentamente.

<sup>30</sup> UNFPA 2010.

pero eficaces para reducir la incidencia y las consecuencias de un trabajo de parto prolongado y complicado. Se encontró asimismo que las acciones y decisiones cruciales durante la atención del trabajo de parto no se documentaban lo suficiente, aunque esta es una de las prácticas óptimas en el tratamiento de cualquier trastorno médico<sup>31</sup>. Si la atención no es adecuada y, por ejemplo, no sigue las directrices y los protocolos clínicos y administrativos basados en datos empíricos, pueden producirse ineficiencias y resultados negativos, como una mortalidad evitable. La actitud inadecuada del proveedor del servicio, la falta de aptitudes para la comunicación y la insensibilidad cultural también pueden afectar la calidad. A partir de la información disponible sobre Guyana se puede deducir que las pacientes pueden estar expuestas a ese tipo de prácticas en establecimientos de salud pública. Para mejorar la calidad es fundamental contar con directrices y protocolos actualizados, capacidad adecuada de supervisión, mecanismos de rendición de cuentas, información precisa y atención centrada en el paciente y culturalmente apropiada.

- 1.14 **Eficacia de la red de atención médica.** Conforme a normas nacionales, la red de atención médica materna y neonatal de Guyana ha de organizarse de la siguiente manera: los hospitales de distrito deberán tener la capacidad (infraestructura, equipos, suministros y trabajadores calificados) para atender nacimientos de bajo riesgo, atención obstétrica y neonatal de emergencia inicial y un sistema adecuado de derivación de pacientes a otros hospitales. En las zonas rurales del interior del país, donde puede ser limitado el acceso geográfico a hospitales, se podrían equipar los centros de salud para que realicen tareas similares. Los hospitales regionales deberán tener la capacidad para resolver la mayoría de las complicaciones obstétricas y neonatales, incluidos hemoderivados (para transfusiones) y cesáreas (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral). Por último, el hospital GPHC deberá tener la capacidad para atender todas las complicaciones y los casos de muy alto riesgo, como los embarazos de mellizos (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral).
- 1.15 La encuesta del UNFPA de 2010 reveló que la mayoría de los hospitales regionales de Guyana no cumplen con los nueve criterios para que se los considere un establecimiento apto para prestar atención obstétrica y neonatal de emergencia<sup>32</sup>. Aunque tres de los hospitales regionales realizan cesáreas y transfusiones de sangre, todos tenían carencias para desempeñar por lo menos una de las funciones de ese tipo de atención, como el alumbramiento manual de la placenta o la extracción de productos retenidos. En una evaluación más reciente sobre atención de la salud se encontraron resultados similares<sup>33</sup>. Si bien el GPHC también presenta deficiencias<sup>34</sup>, en general la población percibe que este hospital está mejor preparado para ofrecer cuidados ambulatorios o a pacientes hospitalizados. En consecuencia, las mujeres y familias de regiones cercanas suelen evitar los

---

<sup>31</sup> UNFPA 2010.

<sup>32</sup> Los criterios son: administrar antibióticos por vía parenteral; administrar anticonvulsivos por vía parenteral; administrar oxitócicos por vía parenteral; extracción manual de la placenta; extracción de productos retenidos; realizar parto vaginal asistido; efectuar resucitación neonatal (bolsa y mascarilla); realizar transfusiones sanguíneas y realizar cesáreas.

<sup>33</sup> Efectuar un [diagnóstico rápido del sistema](#) de atención de salud como parte de la preparación del proyecto.

<sup>34</sup> UNFPA 2010.

hospitales de distrito y regionales para que les atiendan partos de bajo riesgo en el GPHC<sup>35</sup>. Actualmente, 41% de todos los nacimientos del país se concentran en el GPHC. En 2014, 73% de esos nacimientos fueron casos de bajo riesgo que pudieron haberse atendido en un establecimiento con un menor nivel de complejidad<sup>36</sup>.

- 1.16 Esta demanda excesiva, aunada a las limitaciones de recursos humanos, infraestructura y equipos, suministros y procesos, afectan la capacidad del GPHC para ofrecer atención de calidad a la mujer y al recién nacido, sobre todo en los casos más complicados; hoy en día, la mayoría de las muertes maternas y neonatales del país ocurren en este establecimiento<sup>37</sup>. Habida cuenta de las limitaciones de recursos que padece Guyana, es importante que la red de atención médica materna y neonatal opere con eficiencia y eficacia, con un conjunto adecuado de intervenciones costo-efectivas y basadas en datos empíricos en cada nivel, y con la combinación óptima de trabajadores de la salud.
- 1.17 **Teoría del cambio.** Las estrategias que se proponen en este proyecto se orientan con base en dos marcos: la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo y el modelo de las “tres demoras”. La Iniciativa señala que las estrategias para mejorar los resultados materno y neonatal deberán enfocarse en cuatro pilares: (i) planificación familiar; (ii) atención prenatal de calidad; (iii) parto en condiciones higiénicas y sin riesgo, y (iv) atención obstétrica y neonatal de emergencia. El modelo de las “tres demoras” propone que los resultados maternos y neonatales pueden mejorarse mitigando demoras en (i) decidir si se recurre o no a asistencia médica adecuada para una situación obstétrica de emergencia; (ii) llegar a un establecimiento de obstetricia adecuado, y (iii) recibir atención adecuada cuando se llega al establecimiento<sup>38</sup>.
- 1.18 **Resultados previstos basados en la teoría del cambio y los problemas identificados.** Para que este proyecto pueda mejorar los resultados maternos y neonatales en Guyana, se centrará en intervenciones sustentadas en datos empíricos que tendrán por objeto (i) mejorar la planificación de embarazos saludables y con intervalos adecuados; (ii) incrementar la profilaxis con administración de hierro; (iii) incrementar la detección de los primeros síntomas de preeclampsia, placenta previa y otros factores de riesgo de hemorragia puerperal, hipertensión inducida por el embarazo y demás trastornos de la madre y el neonato; (iv) mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la gestación, el parto seguro y el cuidado del recién nacido; (v) mejorar el acceso a servicios de atención obstétrica y neonatal esencial y de emergencia; (vi) aumentar el número de partos que se realizan en instituciones (sobre todo para las mujeres de zonas rurales del interior); (vii) elevar la calidad de la asistencia al nacimiento por personal calificado; (viii) aumentar el número de complicaciones que se tratan conforme a las normas, y (ix) incrementar el número

---

<sup>35</sup> Goede 2014.

<sup>36</sup> CMO 2014.

<sup>37</sup> En 2014, 55% y 93% de todas las muertes de madres y recién nacidos ocurrieron en el GPHC. CMO 2014.

<sup>38</sup> Barnes-Josiah et al. 1998.

de madres y recién nacidos que reciben atención posparto inmediata según las prácticas óptimas.

- 1.19 **Intervenciones para mejorar el acceso, el uso, la calidad y la eficacia de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.** Se llevarán a cabo intervenciones focalizadas en la oferta y demanda de servicios de salud en las regiones 3, 4 y 9<sup>39,40</sup>, las cuales beneficiarán directamente a un número estimado de 140.000 mujeres y 9.000 recién nacidos por año<sup>41</sup>. Las intervenciones estarán dirigidas a todo el ciclo de vida: mujeres en edad reproductiva, incluidas las adolescentes, embarazo, parto, complicaciones obstétricas y neonatales, y puerperio<sup>42,43</sup>.

---

<sup>39</sup> Las regiones fueron seleccionadas con base en dos criterios: (i) carga de mortalidad materna y neonatal y (ii) escalabilidad de las intervenciones a otras regiones. Las regiones 3 y 4 son las más pobladas y tienen el mayor número de muertes maternas y neonatales. El contexto en estas regiones es de urbanización o semiurbano, y la población se concentra a lo largo de la franja costera. El MSP alcanzó una amplia cobertura con intervenciones fundamentales, como el nacimiento en una institución de salud, de manera que se requiere un gran esfuerzo para mejorar la calidad. Las intervenciones que se realizaron en estas regiones podrían escalarse a otras con contextos similares, como las regiones 2, 5 y 6. Por otra parte, la región 9 se encuentra en el interior de Guyana, donde las comunidades indígenas están dispersas en una amplia zona geográfica. La cobertura de las intervenciones fundamentales, como la atención de partos en una institución de salud, es relativamente reducida, por lo que existe la necesidad de mejorar la prestación de servicios y alentar la demanda. Las lecciones aprendidas en la región 9 podrían aumentarse de escala a otras regiones del interior, como la 1, 7 y 8. En las regiones 3, 4 y 9 se concentra 60% de la población del país. Según los informes del Oficial Médico Jefe, 64% de las muertes maternas, 93% de las muertes neonatales y 59% de las muertes prenatales ocurren en estas regiones. El proyecto, al focalizar las intervenciones en esas regiones, procura alcanzar resultados significativos.

<sup>40</sup> El GPHC, que se encuentra en la región 4, es el hospital con mayor capacidad para atender a la madre y al neonato; es importante mejorar la capacidad del hospital para atender casos complicados y fortalecer la red de la región a fin de descentralizar la atención de los partos sin complicaciones. La región 3 deriva el número más alto de nacimientos de bajo riesgo al GPCH debido a que queda cerca y que la población lo percibe como un establecimiento con mejor calidad de servicio. Si se fortalece la red en la región 3 se reducirá el número de derivaciones innecesarias al GPHC.

<sup>41</sup> Número de mujeres en edad reproductiva y adolescentes que residen en las regiones 3, 4 y 9, y número de nacidos vivos por año que se prevén en estas regiones.

<sup>42</sup> La mayoría de las intervenciones que se proponen ha demostrado su eficacia en los países que participan en la Iniciativa Salud Mesoamérica (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Chiapas, México). (Véase Bernal et al. [de próxima publicación]). Dadas las similitudes que existen entre estos países y Guyana en términos de PIB, tamaño, condiciones socioeconómicas y nivel general de desarrollo, las intervenciones propuestas y los resultados esperados se consideran aplicables al contexto guyanés. Véase en el Plan de Seguimiento y Evaluación información sobre la eficacia y aplicabilidad de las intervenciones.

<sup>43</sup> La Iniciativa Salud Mesoamérica es una asociación público-privada entre la Fundación Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud, el Gobierno de España, el BID y países de la zona mesoamericana. Esta iniciativa apoya a los países en la reducción de la mortalidad materna e infantil. Hace énfasis en mejorar la oferta y la demanda de servicios, poniendo en práctica mecanismos de financiamiento con base en resultados y adoptando intervenciones sustentadas en datos empíricos y eficaces en función de los costos para mejorar la condición de salud del 20% más pobre de la población.

- 1.20 Al nivel primario de atención, se pondrán en práctica nuevas estrategias para mejorar el **acceso y el uso de servicios de atención de la salud**<sup>44</sup>. Se fortalecerá la plataforma comunitaria para la prestación de servicios a efectos de incluir la distribución de métodos de planificación familiar, la administración de ácido fólico y otras intervenciones de atención primaria de la salud, sobre todo en los lugares más remotos<sup>45</sup>. Además, se promoverá la identificación y derivación de gestantes para que reciban atención prenatal, partos en instituciones y atención posnatal mediante el uso de incentivos del lado de la demanda que se hayan probado en contextos similares, como canastas para recién nacidos y cupones para transporte<sup>46, 47</sup>. Los trabajadores comunitarios de la salud estarán equipados con las herramientas necesarias para realizar sus labores, como radios, bicicletas e impermeables. En los puestos y centros de salud se instalará una herramienta de clasificación para identificar y documentar a las mujeres que se encuentren en las primeras etapas del embarazo<sup>48</sup>. Asimismo, se realizarán censos de gestantes para el seguimiento de las consultas prenatales y ubicar activamente a las madres y recién nacidos en el período puerperal<sup>49</sup>.
- 1.21 Aunque en Guyana existen centros para albergar a las mujeres próximas a dar a luz<sup>50</sup>, se ocupan muy poco. En Lethem (región 9), por ejemplo, se construyó recientemente una unidad para esos fines, pero está subutilizada. En Georgetown, las mujeres y sus familias informan que prefieren evitar el alojamiento en estos centros de la ciudad porque a veces deben pasar allí algunas semanas antes de regresar a su propio hogar debido a los convenios que existen actualmente entre el MSP y el Ministerio de Asuntos Indígenas, responsable de financiar el transporte de regreso<sup>51</sup>. Este proyecto apoyará la evaluación de la manera en que operan estos

---

<sup>44</sup> En muchos países, sobre todo en zonas con una alta proporción de población indígena, la utilización de los servicios de salud puede estar determinada por múltiples factores, como normas y prácticas culturales con respecto al parto y las funciones de cada género (por ejemplo, la mujer no puede dejar a sus hijos en casa al cuidado de otras personas para ir al hospital). Se examinarán estos factores en Guyana mediante una evaluación de la oferta y la demanda, que consiste en un análisis cualitativo a nivel local para determinar las barreras que estas variables imponen al acceso y uso de servicios. La evaluación será financiada por medio de la operación de cooperación técnica "Programa de Apoyo para Mejorar la Salud Materna e Infantil (GY-L1058)". Los resultados guiarán el diseño y la realización de actividades de extensión, educación y comunicación con la comunidad.

<sup>45</sup> Los trabajadores comunitarios de la salud han demostrado ser un medio eficaz para la distribución de intervenciones de atención primaria de la salud (*Maternal Mortality Series*, Lancet 2006).

<sup>46</sup> Canastas con ropa, mantas y otros artículos y bienes necesarios para los recién nacidos.

<sup>47</sup> En estudios realizados se ha demostrado que esos incentivos pueden servir para alentar la utilización de servicios de salud (Wang et al. 2016, Bernal et al. [de próxima publicación]). En el diseño y la ejecución de la intervención se mitigarán los riesgos potenciales relacionados con el uso inadecuado de incentivos.

<sup>48</sup> Las herramientas de clasificación que se implantaron a nivel comunitario y de los establecimientos gracias a la Iniciativa Salud Mesoamérica han dado pruebas promisorias de que esta intervención favorece la detección temprana del embarazo y de las necesidades de planificación de la familia, a la vez que reduce la pérdida de oportunidades de ofrecer atención médica. En este proyecto se analizará la introducción de preguntas encaminadas a identificar a las mujeres que son víctimas de violencia por parte de su pareja.

<sup>49</sup> En El Salvador y Nicaragua se creó un "censo de embarazadas" en cada comunidad para ayudar al personal de salud a dar seguimiento a las mujeres durante la gestación, el nacimiento y el puerperio, facilitando así la planificación de visitas de importancia crítica y el asesoramiento para que haya más probabilidades de que reciban atención oportuna en un establecimiento de salud.

<sup>50</sup> OMS 2015.

<sup>51</sup> Goede 2014.

establecimientos y el diseño y la ejecución de una estrategia para incrementar la demanda de estos servicios. Como parte de esta estrategia, también se incluirá la adopción de planes familiares y comunitarios para el parto y el traslado en caso de emergencia<sup>52</sup>.

- 1.22 Por el lado de la demanda, a fin de fomentar la utilización de cuidados sanitarios, el proyecto respaldará el diseño y la ejecución de estrategias de comunicación para realizar cambios importantes de comportamiento. Estas estrategias estarán dirigidas a mujeres, hombres y adolescentes para diversos propósitos, como elevar la demanda de servicios de planificación familiar y reconocer señales de complicaciones obstétricas y neonatales.
- 1.23 En lo que se refiere a la calidad, este proyecto sustentará una revisión exhaustiva de todas las directrices, los protocolos y las estrategias relacionadas con la salud de la mujer en edad reproductiva (por ejemplo, nutrición, planificación familiar), embarazo, parto, atención de emergencia, posparto y cuidado del recién nacido (por ejemplo, lactancia), haciendo hincapié en las necesidades específicas de los adolescentes, los hombres y los indígenas<sup>53</sup>. La operación brindará apoyo al diseño y la ejecución de una estrategia de mejora de la calidad con el objeto de crear una cultura de aumento continuo de la calidad en el sistema de salud. Las pruebas recogidas señalan que las normas y la capacitación no son suficientes para mejorar el desempeño de los trabajadores sanitarios: las mejoras se producen cuando los procesos de trabajo se analizan, discuten, modifican y supervisan de manera continua. La experiencia del Banco en otros países ha demostrado que para crear una estrategia eficaz de mejora de la calidad es necesario identificar y optimizar sistemas críticos, establecer normas y herramientas de medición, y crear competencias para analizar datos y poner a prueba nuevas acciones mediante ciclos de mejora rápida de la calidad en diferentes niveles del sistema. La estrategia, además, promoverá la atención centrada en el paciente y culturalmente apropiada, asegurando el empoderamiento de la mujer y su familia, su participación en decisiones con respecto al parto, y un trato respetuoso<sup>54</sup>.
- 1.24 Se dará asimismo prioridad al desarrollo de habilidades de los trabajadores de la salud (doctores, enfermeros, parteras, auxiliares de enfermería y trabajadores comunitarios de la salud) para que brinden atención de calidad a la salud reproductiva, materna y neonatal, de conformidad con las directrices y los protocolos actualizados. Muchos desafíos relacionados con los trabajadores

---

<sup>52</sup> Las familias elaboran un “plan del nacimiento” con proveedores y trabajadores comunitarios de la salud que les ayudará a decidir cómo van a trasladarse al establecimiento sanitario, cómo van a pagar los gastos de transporte, con quién van a dejar a los otros niños y qué hacer ante una emergencia. Las comunidades de difícil acceso también pueden crear planes comunitarios, en los cuales se ponen de acuerdo sobre el traslado en casos de emergencia.

<sup>53</sup> Los materiales didácticos y el asesoramiento para la planificación familiar serán diferentes para los adolescentes, los hombres y los indígenas. Se crearán grupos de discusión que ofrecerán información sobre los principales obstáculos del lado de la demanda para cada grupo, con el objeto de facilitar la elaboración de estrategias focalizadas. En el caso de los grupos indígenas, los materiales educativos se elaborarán en las lenguas locales. Este enfoque se empleará en todas las intervenciones. Durante el embarazo, por ejemplo, se alentará al padre a que asista a las consultas prenatales para estimular el vínculo emocional con el hijo y fomentar su participación en el cuidado del bebé y en las actividades hogareñas.

<sup>54</sup> Las actitudes y los comportamientos de los proveedores de atención sanitaria influyen en la disposición para solicitar asistencia médica y en la calidad de la asistencia (Mannava et al. 2015).

- sanitarios de Guyana son estructurales; sin embargo, en otros contextos similares, se han realizado intervenciones esenciales centradas en elevar la productividad y el desempeño del personal existente mediante incentivos no financieros y el establecimiento de estructuras claras de supervisión y rendición de cuentas que han dado resultados positivos<sup>55</sup>. En la estrategia de mejora de la calidad se promoverán cambios de este tipo.
- 1.25 Para garantizar la disponibilidad puntual de material hospitalario en los establecimientos sanitarios, el proyecto fortalecerá la cadena de suministro de anticonceptivos, fármacos, artículos de uso hospitalario y hemoderivados. Para ello se realizará una revisión de todos los procesos relacionados con la planificación (con base en las necesidades), las adquisiciones, el almacenamiento, la distribución y el seguimiento y la evaluación, la adopción de nuevas prácticas administrativas y la compra de equipos básicos para los establecimientos de salud y el MSP (por ejemplo, computadoras, estantes para almacenamiento). Por último, a fin de mejorar la calidad de la información sanitaria, se apoyarán medidas para mejorar la recopilación, la sistematización, la notificación y el uso de los datos generados por los establecimientos de salud.
- 1.26 Para mejorar la **eficacia** de la red de atención de la salud, las intervenciones incluirán una evaluación y una reorganización de las redes de atención y derivación de pacientes con base en los parámetros de la estrategia de atención obstétrica y neonatal esencial<sup>56</sup>, que abarca también la revisión de la gama de servicios que se prestan en cada establecimiento y las funciones de los diferentes niveles de trabajadores sanitarios. El fortalecimiento de la red de asistencia materno-infantil requerirá inversiones en equipos indispensables para que los establecimientos sanitarios, entre ellos el hospital GPHC, puedan dar acceso a una atención obstétrica y neonatal de emergencia de calidad. También se necesitarán inversiones en establecimientos ubicados en las regiones 3 y 4 para descentralizar la asistencia en partos de bajo riesgo y ampliar el acceso a la atención obstétrica y neonatal esencial y de emergencia, reduciendo de esa manera derivaciones innecesarias al GPHC<sup>57</sup>.
- 1.27 **Estrategia sanitaria del Gobierno de Guyana.** Una de las prioridades de la Estrategia Nacional para el Sector de Salud 2013-2020 (Health Vision 2020) es proteger la salud en el ciclo de vida, sobre todo del niño, el adolescente y la mujer.

---

<sup>55</sup> Dieleman y Harnmeijer 2006.

<sup>56</sup> La estrategia de atención obstétrica y neonatal esencial es un modelo sanitario probado que define las intervenciones maternas y neonatales esenciales y de emergencia, sustentadas por datos empíricos, que deberán ser accesibles para la mujer y el recién nacido. Establece parámetros demográficos para la disponibilidad de cada servicio y directrices para organizarlos en una red y para la derivación de pacientes y la disposición de su regreso al establecimiento original, entre otros.

<sup>57</sup> Incluye la remodelación física del hospital C.C. Nicholson, de la región 4, para que puedan atenderse partos de bajo riesgo. Este es un hospital de distrito que no está preparado para atender partos, pero debido a la demanda se atienden unos 36 a 48 nacimientos por año. Debido a su zona de captación de pacientes, si estuviera debidamente equipado podría atender alrededor de 700 a 800 partos por año, pero necesitaría un poco más de personal. El gobierno decidió que el hospital atendería los 7 días de la semana, las 24 horas (actualmente está abierto hasta las 21:00 horas). Se encuentra a 28 km del GPHC (la duración del viaje es de 25 a 45 minutos). Se asignaría una ambulancia exclusivamente a este hospital. Los centros de atención de partos de bajo riesgo, respaldados por un sistema de derivación de pacientes de calidad, han demostrado su eficacia en muchos países, como Malasia y Tailandia. Brouwere y Lerberghe 2001.

También tiene por objeto abordar los desafíos sanitarios que afectan a los indígenas. Asimismo, Guyana ha elaborado una Estrategia de Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2011-2020 encaminada a reducir la mortalidad maternoinfantil para 2020. El análisis y las intervenciones que se proponen en este proyecto coinciden con las prioridades nacionales identificadas por el gobierno en materia de salud maternoinfantil.

- 1.28 **Apoyo del Banco al sector de salud y lecciones aprendidas.** Durante el último decenio el Banco prestó apoyo al sector de salud de Guyana mediante una serie de operaciones como el Programa para el Sector de Salud (1544/SF-GY), el Programa de Nutrición Básica (1120/SF-GY) y la Expansión e Integración del Programa de Nutrición Básica (2270/BL-GY). A partir de esas experiencias se han integrado a este proyecto las siguientes lecciones: (i) invitar a los grupos de interés a participar en la preparación y asegurar que las intervenciones coincidan con las prioridades nacionales para asegurar así el apoyo político y técnico (véase la nota 56 y el párrafo 1.27); (ii) brindar apoyo técnico de cerca al organismo ejecutor durante todo el ciclo de ejecución del proyecto para garantizar que las actividades y los productos se realicen conforme al plan (párrafo 1.29) y (iii) definir la gobernanza de la ejecución del proyecto con todas las partes interesadas, estableciendo claramente funciones y estructuras de rendición de cuentas entre el MSP, el Ministerio de Hacienda y los Consejos Democráticos Regionales/Autoridades Sanitarias Regionales para evitar retrasos por temas de coordinación (párrafo 3.3). Los mecanismos de ejecución de la operación GY-L1028 también han ofrecido importante información, dado que el hecho de tener una unidad ejecutora separada, fuera de la estructura de gobernanza del MSP, generó algunos desafíos de coordinación, una limitada creación de capacidad, falta de identificación con los objetivos del proyecto y, en definitiva, la abdicación de las responsabilidades del proyecto totalmente en la unidad ejecutora. Los mecanismos de ejecución que se proponen en este proyecto tienen en cuenta estas lecciones (párrafo 3.1).
- 1.29 **Innovaciones y lecciones aprendidas de la Iniciativa Salud Mesoamérica.** Esta operación se basa en la experiencia recogida con la Iniciativa Salud Mesoamérica, de la cual ha incorporado las siguientes lecciones en este proyecto: (i) diseño, planificación y seguimiento de los resultados para asegurar que todas las intervenciones contribuyan al logro de los impactos previstos<sup>58</sup>; (ii) inclusión de intervenciones biomédicas sustentadas en datos empíricos e intervenciones operacionales promisorias, como la elaboración de planes familiares y comunitarios para partos y traslado de emergencia, censos de embarazadas y herramientas de clasificación (párrafos 1.20-1.23), y (iii) concesión de asistencia técnica sólida durante la ejecución del proyecto para facilitar la transferencia de conocimiento y habilidades al gobierno y al mismo tiempo asegurar el progreso físico y financiero del proyecto. Esto se logrará mediante la selección competitiva de una firma consultora que se ocupará del diseño de varias intervenciones<sup>59</sup>, del apoyo técnico

---

<sup>58</sup> El proyecto fue diseñado utilizando una metodología participativa en la que interviene personal de todos los niveles y departamentos del MSP. Siguió un enfoque orientado hacia la consecución de resultados en el cual el primer paso fue identificar el impacto previsto en la población. Luego, empleando un enfoque retrospectivo, se identificaron y analizaron otros resultados, incluidos los efectos directos, productos e insumos.

<sup>59</sup> Para garantizar un enfoque completo e integral de la asistencia técnica.

de la ejecución y del desarrollo de capacidades y competencias a nivel central y local<sup>60</sup>.

- 1.30 **Alineación estratégica.** Este proyecto es congruente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (documento AB-3008) y está en consonancia con el reto que la inclusión social e igualdad representan para el desarrollo, porque amplía el acceso y la utilización de servicios de atención de la salud y reduce las desigualdades. Coincide también con el tema transversal de la igualdad de género y la diversidad, al mejorar el acceso de las mujeres y de los indígenas a servicios de salud sexual y reproductiva, ampliando su capacidad para escoger opciones fundamentadas. Por otra parte, contribuirá al Marco de Resultados Corporativos 2016-2019 (documento GN-2727-6) reduciendo la mortalidad materna e incrementando el número de beneficiarios que reciben servicios de salud<sup>61</sup>. Asimismo, es coherente con la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad. Coincide con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición y su prioridad de que toda la población tenga acceso oportuno a una atención sanitaria de calidad. Pese a que el programa no está armonizado en forma directa con ningún objetivo estratégico concreto de la Estrategia de País del Banco con la República Cooperativa de Guyana 2012-2016 (documento GN-2690), apoyará la meta de la Estrategia de País de ampliar el acceso a servicios sociales básicos para la población indígena.
- 1.31 **Igualdad de género.** Este proyecto contribuirá a promover la igualdad de género ampliando para la mujer el acceso y la utilización de servicios de salud reproductiva y materna de calidad, reforzando la capacidad de las mujeres y las niñas para tomar decisiones fundamentadas, reduciendo el embarazo de las adolescentes y fomentando la participación de los hombres en las actividades de asistencia a la salud reproductiva, materna y neonatal.
- 1.32 **Coordinación con donantes.** Actualmente trabajan varios donantes en el sector de salud de Guyana. El BID interactuará con donantes para identificar oportunidades de colaboración. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está proporcionando financiamiento no reembolsable para evaluar el sistema de información sanitaria y capacitar al personal en atención obstétrica y neonatal de emergencia. Este proyecto se apoyará en estas iniciativas. La OPS y el Fondo Mundial están respaldando medidas para prevenir y eliminar la transmisión de madre a hijo de la infección por el VIH/SIDA, conjuntamente con el fortalecimiento de la atención durante el embarazo y el parto. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) está trabajando en la prevención de la infección por el VIH/SIDA en grupos vulnerables y realizó labores conjuntas con representantes de la sociedad civil y comunidades indígenas en la región 9. El Banco estableció un enlace con USAID para identificar socios de esta región dispuestos a apoyar la realización de actividades cruciales del proyecto. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) está apoyando actividades de abastecimiento de agua limpia y saneamiento adecuado, que son fundamentales para reducir la incidencia de enfermedades, como el zika. En el caso del UNFPA, el Banco se ocupará de que ese organismo y el gobierno estudien ámbitos

---

<sup>60</sup> Esto se facilitará mediante el compromiso a largo plazo del MSP.

<sup>61</sup> *Country Development Results*, indicador de resultado intermedio "2" e indicador de resultado intermedio "9".

potenciales de cooperación en materia de adquisición de suministros mediante “UNFPA Supplies”, que presta apoyo a las naciones en la adquisición a nivel internacional de suministros de salud reproductiva.

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

- 1.33 El objetivo de este proyecto es contribuir a la reducción de muertes maternas, perinatales y neonatales en Guyana. Para ello, el proyecto sustentará las siguientes actividades:
- 1.34 **Componente I. Fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.**
- 1.35 **Subcomponente 1.1. Acceso y utilización de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal (US\$1.230.000).** El objetivo de este componente es incrementar el acceso y la utilización de servicios de salud reproductiva, materna y neonatal. Para lograr este objetivo, este componente financiará (i) el fortalecimiento de la plataforma comunitaria y el nivel primario de atención (niveles I y II) para la prestación de servicios en las regiones 3, 4 y 9<sup>62, 63</sup>; (ii) la adquisición de equipos/suministros; (iii) el fortalecimiento de la estrategia de alojamiento a mujeres próximas a dar a luz, incluida la elaboración de planes individuales y comunitarios para facilitar a las mujeres y los recién nacidos el acceso a establecimientos de la región 9, y (iv) el diseño y la puesta en marcha de estrategias de comunicación para cambios de comportamientos focalizadas en las regiones 3, 4 y 9, que incluyen mensajes dirigidos a adolescentes, hombres e indígenas.
- 1.36 **Subcomponente 1.2. Calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal (US\$1.690.000).** El objetivo de este componente es mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal. Para lograr este objetivo, este componente financiará (i) el diseño y la puesta en marcha de una estrategia de mejora de la calidad en hospitales de las regiones 3, 4 y 9, incluida la mejora de prácticas clínicas y administrativas y la promoción de una atención centrada en el paciente y culturalmente apropiada; (ii) la revisión y actualización de las directrices, los protocolos y las estrategias; (iii) mejoras en la cadena de suministro de anticonceptivos, fármacos y hemoderivados<sup>64</sup>, incluida la adquisición de equipos; (iv) mejora de la información sanitaria<sup>65</sup> en las regiones 3, 4 y 9, y (v) capacitación de trabajadores de la salud en las regiones 3, 4 y 9 para la prestación de servicios de salud reproductiva, materna y neonatal de calidad.
- 1.37 **Componente II. Fortalecimiento de la red de atención de la salud (US\$3.734.000).** El objetivo de este componente incrementar la eficacia de la red

---

<sup>62</sup> Incluye capacitación y equipamiento de los trabajadores comunitarios de la salud y el fortalecimiento de la distribución de suministros, además de otras intervenciones de atención primaria de la salud, como herramientas de clasificación y censos de embarazadas (párrafo 1.20).

<sup>63</sup> Se incluirá la distribución de repelente y de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir el paludismo y otras enfermedades transmitidas por mosquitos, como el zika.

<sup>64</sup> Asistencia técnica para analizar obstáculos que puedan causar interrupciones en la cadena de suministros (actividades cruciales para garantizar la disponibilidad de los insumos, como adquisición, almacenamiento y distribución).

<sup>65</sup> Revisión y mejora del tipo de información y la forma en que se recopila, sistematiza, notifica y emplea en los establecimientos sanitarios, así como la adquisición de equipos y programas informáticos.

de atención de la salud materna y neonatal. Para lograr este objetivo, este componente financiará (i) la evaluación y la reorganización de las redes de Guyana de atención y derivación de pacientes, que incluye la revisión y el ajuste de la gama de servicios y las funciones de diferentes niveles de trabajadores sanitarios; (ii) mejoras a la infraestructura del hospital C.C. Nicholson<sup>66</sup>; (iii) adquisición de equipos para establecimientos sanitarios, entre ellos las unidades de atención materna y neonatal del hospital GPHC, el hospital C.C. Nicholson, y el centro de alojamiento para mujeres próximas a dar a luz de Georgetown, y (iv) ambulancias y sistema de comunicación (radios para los establecimientos sanitarios y las ambulancias) para las regiones 3, 4 y 9.

- 1.38 **Componente III. Administración y evaluación (US\$1.196.000).** El objetivo de este componente es brindar apoyo a las actividades de administración y evaluación del proyecto, que incluyen gastos complementarios y el fortalecimiento de la capacidad de la Unidad de Salud Maternoinfantil del MSP, que asumirá la responsabilidad de la ejecución del proyecto (párrafo 3.1). Este componente financiará la contratación de un coordinador de proyecto, dos oficiales fiduciarios, un especialista en salud y un oficial de planificación, seguimiento y evaluación (párrafo 3.2)<sup>67</sup>.

**Cuadro 1.1. Costos**

	<b>Componentes y subcomponentes</b>	<b>BID – US\$</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>Fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal</b>	<b>2.920.000</b>	<b>36,5</b>
	Acceso y utilización de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal	1.230.000	
	Calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal	1.690.000	
<b>2</b>	<b>Fortalecimiento de la red de atención de la salud</b>	<b>3.734.000</b>	<b>46,7</b>
<b>3</b>	<b>Administración y evaluación</b>	<b>1.196.000</b>	<b>15,0</b>
	Personal	984.000	
	Supervisión, seguimiento y proceso de evaluación	212.000	
	<b>Imprevistos</b>	<b>150.000</b>	<b>1,9</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>8.000.000</b>	<b>100,0</b>

### **C. Indicadores de resultados clave**

- 1.39 En lo que se refiere al impacto, los principales indicadores incluidos en la Matriz de Resultados son la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal. En cuanto a los resultados, los indicadores incluyen: usuarios por primera vez de métodos de planificación familiar; porcentaje de mujeres con anemia en su primer

<sup>66</sup> Construcción de una rampa de acceso al primer piso, un laboratorio y una zona para que la ambulancia pueda dar la vuelta, entre otros ajustes menores.

<sup>67</sup> Actualmente, la Auditoría General tiene facultades para auditar todas las operaciones de cooperación técnica financiadas por el Banco y las operaciones de préstamo que se consideran de complejidad y riesgo bajos o medianos; realizará la auditoría financiera de este proyecto (véase el Anexo III).

control prenatal; porcentaje de partos de madres adolescentes; porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal antes de las primeras 12 semanas; porcentaje de mujeres que dan a luz en un establecimiento sanitario en zonas rurales del interior; porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal de calidad; porcentaje de nacimientos con partogramas, empleados conforme a las prácticas óptimas, manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, y atención neonatal inmediata conforme a las normas; porcentaje de complicaciones neonatales y obstétricas que se manejan según las normas, y porcentaje de mujeres que reciben atención posparto inmediata. Los datos para calcular estos indicadores se recopilarán del sistema de información sanitaria de rutina, estadísticas vitales de Guyana y encuestas para mejorar la calidad en establecimientos de salud realizadas como parte de esta operación (véase la [Matriz de Resultados](#)).

- 1.40 Se llevó a cabo un análisis de la eficacia en función del costo para los elementos principales del proyecto. Los datos de eficacia se obtuvieron de las metas principales de la Matriz de Resultados. Los costos se extrajeron del presupuesto del proyecto; en el caso de los costos no financiados directamente por el proyecto, se emplearon referencias de las publicaciones especializadas sobre el tema. Se utilizó una tasa de actualización de 12%. Para el caso básico se estimó una razón costo-eficacia incremental de US\$3,504 por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos. La comparación de este valor por AVAD perdidos con el PIB per cápita estimado para 2017 (US\$4,545) indica que este proyecto tiene una alta eficacia en función del costo. Se realizaron análisis de sensibilidad con diferentes horizontes cronológicos y tasas de actualización. Se encontró que el modelo es resistente a cambios en estas variables. Habida cuenta de los resultados del caso básico, del análisis de sensibilidad y de las limitaciones y supuestos del modelo, puede considerarse que se trata de una operación de alta eficacia en función de sus costos y su ejecución generará un aumento del bienestar neto de la población.

## **II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y RIESGOS PRINCIPALES**

### **A. Instrumentos financieros**

- 2.1 Este es un préstamo para inversión por un monto de US\$8 millones con cargo al Capital Ordinario y al Fondo para Operaciones Especiales (FOE) del Banco. El período de desembolso planeado es de cinco años. En el Cuadro 2.1 se muestran las proyecciones de desembolsos durante la vigencia del proyecto, según las cuales los desembolsos comenzarán en abril de 2017 y terminarán el último trimestre de 2021, dada la duración quinquenal del préstamo.

**Cuadro 2.1. Calendario de desembolsos 2017-2021**

	<b>Componente/año</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>TOTAL</b>
1	Fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal	253.021	1.282.464	829.578	446.471	108.466	2.920.000
2	Fortalecimiento de la red de atención de la salud	309.583	2.520.126	824.291	40.000	40.000	3.734.000
3	Administración y evaluación	253.300	249.587	260.091	243.533	189.489	1.196.000
	Imprevistos				150.000		150.000
	<b>TOTAL</b>	<b>815.904</b>	<b>4.052.177</b>	<b>1.913.960</b>	<b>880.0004</b>	<b>337.955</b>	<b>8.000.000</b>

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

- 2.2 De conformidad con la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703) del Banco, esta operación está clasificada como de categoría “B” porque los impactos y riesgos ambientales y sociales negativos que podrían ocurrir en relación con las actividades están localizados, son temporales y las medidas de mitigación son conocidas y fáciles de poner en práctica. Los impactos ambientales y sociales más significativos se producirían en la fase de ejecución: (i) generación de desechos hospitalarios; (ii) aguas residuales comunes procedentes de las actividades cotidianas del personal del hospital, los pacientes y los visitantes; (iii) producción de aguas residuales contaminadas resultantes de las actividades del hospital; (iv) mayor demanda de electricidad y agua; (v) cortes de luz; (vi) emisiones de los incineradores a la atmósfera, y (vii) riesgos para la salud y seguridad ocupacionales para los trabajadores.
- 2.3 En cumplimiento de la política OP-703, se realizó un [análisis ambiental y social](#) y se redactó un proyecto de Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS), que se dio a conocer conforme a la política OP-102. El PGAS será ejecutado por el MSP e incorporará medidas de mitigación para todos los riesgos identificados (páginas 60-66 del análisis ambiental y social). La ejecución del PGAS será una condición previa para realizar las actividades hospitalarias en el marco del Componente II, (ii) y (iii). La puesta en práctica de un plan de gestión de riesgos y respuesta ante emergencias será una condición previa para iniciar las obras de construcción relacionadas con los hospitales en el marco del Componente II, (ii). Este proyecto cumple con la Política de Igualdad de Género (OP-761), dado que amplía el acceso y uso por parte de la mujer a servicios de salud reproductiva y materna de calidad. Cumple además con la Política Operativa sobre Pueblos Indígenas (OP-765) porque mejora el acceso y uso por parte de la población indígena a servicios de atención sanitaria de calidad y no tiene impactos adversos directos o indirectos en las comunidades (páginas 18-21 del [Informe de Gestión Ambiental y Social](#)).

## **C. Riesgo fiduciario**

- 2.4 El Banco realizó el análisis del Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI) del MSP en junio de 2016. Según los resultados de la evaluación, el proyecto tiene un riesgo fiduciario medio debido a la capacidad potencial inicial limitada de la Unidad de Salud Maternoinfantil en lo que respecta a la dotación de personal y ejecución de actividades fiduciarias. Las acciones de supervisión y mitigación se

centrarán en la creación de capacidad de esa unidad conforme a las políticas y procedimientos fiduciarios del BID, incluida la contratación de funcionarios de finanzas y adquisiciones (párrafo 3.2). Pueden encontrarse más detalles en el Anexo III.

#### **D. Otros aspectos y riesgos clave**

- 2.5 Para lograr los resultados deseados del proyecto en las regiones beneficiarias, deberá subsanarse un riesgo importante derivado de la insuficiencia de personal de salud con conocimientos y aptitudes de atención materna y neonatal, lo que podría comprometer la prestación de servicios y la calidad de la atención. En el marco de la operación de cooperación técnica “Apoyo al Programa de Mejora de la Salud Maternoinfantil (GY-T1121)” se diseñará una serie de soluciones para contribuir a cerrar la brecha de recursos humanos en las zonas rurales del interior en el corto plazo, y podría incluirse también el uso de telemedicina y la creación de alianzas con organizaciones no gubernamentales (ONG). Los recursos de la cooperación técnica también financiarán estudios de importancia crucial sobre las políticas de recursos humanos del país (párrafo 3.9). Mientras tanto, el Banco seguirá apoyando al gobierno en la elaboración de una estrategia de largo plazo relacionada con los trabajadores de la salud.
- 2.6 Otro riesgo importante al que se le deberá dar seguimiento, sobre todo en la región 9, tiene que ver con el impacto de la resistencia al cambio debido a que persisten normas y creencias sociales que orientan el comportamiento e influyen en las selecciones individuales cuando se trata de la atención a la salud reproductiva, materna y del recién nacido. Este riesgo se considera importante para el proyecto y las medidas de mitigación incluirán la identificación de las principales barreras a la oferta y la demanda en las comunidades y la organización de grupos de discusión para que se comprendan mejor las creencias y prácticas culturales. Estos datos se utilizarán como insumos del diseño y la ejecución de las intervenciones que se proponen en este documento. Las estrategias para mitigar este riesgo ofrecen oportunidades de asociarse con otros donantes y organizaciones de la sociedad civil, como USAID, que ya están trabajando a nivel comunitario.
- 2.7 Un tercer riesgo, que se considera de carácter medio, se refiere a la necesidad de mantener una eficiente coordinación interinstitucional entre los ministerios de gobierno que conjuntamente prestan servicios de atención de la salud y proporcionan recursos o realizan otras actividades afines de gran importancia, como el Ministerio de Asuntos Indígenas. Con base en las lecciones aprendidas de otros proyectos que se realizaron en Guyana y en la región, se establecerá un Comité Coordinador interinstitucional a nivel de políticas como una importante medida de mitigación (párrafo 3.3). En el Manual de Operaciones del proyecto se incluirá un plan para mejorar la comunicación entre las partes interesadas.
- 2.8 Existe un cuarto riesgo que tiene que ver con el conocimiento insuficiente del proyecto en los establecimientos sanitarios y en algunas dependencias, que podría generar resistencia a la adopción de las directrices y los protocolos actualizados sobre salud materna y neonatal. Para controlar este riesgo, las medidas de mitigación se centrarán en la organización de talleres en los que participará todo el personal antes de la ejecución, a efectos de difundir la información. Por último, se ha identificado un riesgo relativo a la falta de rendición de cuentas, considerando que los proveedores de servicios en los diferentes niveles podrían estar

proporcionando una documentación deficiente, lo que afectaría la recopilación y presentación de información. Las medidas de mitigación harán hincapié en la capacitación y la mejora de la supervisión del personal.

- 2.9 **Sostenibilidad.** El firme compromiso del gobierno de mejorar la salud materna y neonatal, como se expresa en la iniciativa Health Vision 2020 y en la Estrategia de Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2011-2020, asegurará la continuidad y sostenibilidad de las intervenciones. El incremento estimado de los costos recurrentes, como resultado de las intervenciones propuestas, es bajo (0,67% del gasto en salud pública) y el gobierno ya lo ha contemplado en dicha estrategia (véase el [Análisis Económico](#)). En lo que concierne a costos de capital, la adquisición de equipos incluirá mantenimiento preventivo por un mínimo de tres años y capacitación del personal de la Unidad de Mantenimiento del MSP y del hospital GPHC para que continúen desempeñando esas actividades. Asimismo, se elaborará y se empleará un manual de mantenimiento de las obras de infraestructura, con su correspondiente capacitación. El MSP y el hospital GPHC cuentan con unidades de mantenimiento equipadas con personal calificado y un presupuesto específicamente asignado. En el contrato de préstamo se incluirá una cláusula sobre la responsabilidad del prestatario/organismo ejecutor respecto al mantenimiento de los bienes y obras financiados por el proyecto.

### III. PLAN DE EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

#### A. Resumen de los mecanismos de ejecución

- 3.1 **Mecanismos de ejecución.** El MSP, por medio de la Unidad de Salud Maternoinfantil, asumirá la responsabilidad de la ejecución del proyecto, que incluye planificación, implementación, seguimiento y evaluación, así como actividades financieras y de adquisiciones<sup>68</sup>. En la estructura de gobernanza del MSP, esta unidad es parte del Departamento de Salud Familiar, una de las seis divisiones que dependen directamente del Oficial Médico Jefe, que toma todas las decisiones de salud pública y clínicas/técnicas. La Unidad de Salud Maternoinfantil está dirigida por el Jefe de Salud Maternoinfantil, que se ocupará de la responsabilidad técnica del proyecto para facilitar la integración con actividades complementarias del MSP y asegurar la sostenibilidad de los resultados. Con el objeto de fortalecer la capacidad de gestión del proyecto de la Unidad de Salud Maternoinfantil, con los recursos del préstamo se financiará la contratación de un coordinador de proyecto que dependerá del Jefe de Salud Maternoinfantil en cuanto a los aspectos técnicos del proyecto, en colaboración con el Secretario Permanente del MSP.
- 3.2 **Especialistas adicionales.** Para atender adecuadamente la demanda de carga de trabajo del proyecto, se reforzará la Unidad de Salud Maternoinfantil con otros cinco funcionarios: un coordinador del proyecto; un especialista en sistemas de salud que se encargará de la supervisión técnica de todas las actividades relacionadas con la salud y de fortalecimiento institucional que financia el proyecto; un especialista en seguimiento y evaluación que reforzará la función conexas dentro de la unidad instituyendo prácticas de seguimiento y evaluación de conformidad con la Matriz de Resultados y el Seguimiento y Evaluación del proyecto, y dos oficiales fiduciarios

---

<sup>68</sup> Los resultados del análisis del SECI indican que el MSP cuenta con la capacidad institucional necesaria para la ejecución de la operación GY-L1058.

- (uno de adquisiciones y uno de finanzas) que desempeñarán las funciones fiduciarias del proyecto.
- 3.3 **Se creará un Comité Coordinador del proyecto** a nivel de políticas para que brinde orientación en materia de política y estrategia, apoye la coordinación entre los sectores, analice y resuelva las consideraciones relativas a la ejecución y formalice el acceso a insumos técnicos de las dependencias pertinentes. Además, el Comité Coordinador supervisará la implementación del Plan de Gestión Ambiental y Social (PGAS), para lo cual se establecerá un subcomité. El Comité Coordinador, presidido por el MSP, estará integrado por representantes de alto nivel de las siguientes dependencias de gobierno: Ministerio de Hacienda; Ministerio de la Presidencia; Ministerio de las Comunidades, del cual dependen los Consejos Democráticos Regionales y las Autoridades Sanitarias Regionales; y Ministerio de Asuntos Indígenas. Los ministerios y dependencias participantes firmarán un memorando de entendimiento para formalizar las funciones y responsabilidades en el Comité Coordinador. En el Manual de Operaciones del proyecto se incluirá un borrador del memorando.
- 3.4 **En el Manual de Operaciones del proyecto** se definirán todas las reglas y procedimientos administrativos, financieros, de adquisiciones y de implementación que se requieren para la ejecución y administración del proyecto, entre ellas: (i) descripción detallada de los mecanismos de ejecución; (ii) definición de funciones y responsabilidades de todo el personal; (iii) establecimiento de normas y flujos financieros y de adquisiciones; (iv) definición de la estructura y el funcionamiento del Comité Coordinador; (v) borrador del memorando de entendimiento, y (vi) Manual de Indicadores con información detallada sobre los indicadores de la Matriz de Resultados.
- 3.5 **Ejecución de las adquisiciones.** Las adquisiciones para el proyecto que se propone se realizarán de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el BID (documento GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (documento GN-2350-9), así como con las disposiciones establecidas en el contrato de préstamo y el plan de adquisiciones. Las adquisiciones de bienes y obras y la contratación de servicios de consultoría se revisarán empleando procedimientos ex ante para todos los procesos críticos.
- 3.6 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso. Se han de cumplir las siguientes condiciones previas al primer desembolso: (i) el Secretario Permanente del MSP aprobó y puso en práctica el Manual de Operaciones del proyecto, según los términos y condiciones previamente aprobados por el Banco; (ii) se contrataron los cinco funcionarios clave de conformidad con los términos de referencia debidamente aprobados por el Banco, y (iii) el MSP estableció el Comité Coordinador.**
- B. Resumen de los mecanismos para el seguimiento de los resultados**
- 3.7 **Seguimiento.** La Unidad de Salud Maternoinfantil, en coordinación con el Banco, será responsable de poner en marcha el [Plan de Seguimiento y Evaluación](#). La unidad suministrará al Banco toda la información que se requiera para evaluar la ejecución del proyecto. El BID supervisará la ejecución y brindará asistencia técnica cuando sea necesario. El Banco y el prestatario convinieron en utilizar la Matriz de

Resultados y las actividades definidas en el Informe de Seguimiento de Avance para el seguimiento de la operación. Existen también otras herramientas fundamentales de seguimiento: (i) informes de seguimiento semestrales, que incluyen los informes financieros; (ii) informes de auditorías financieras; (iii) el plan de ejecución del proyecto; (iv) el plan de adquisiciones; (v) el informe de terminación de proyecto, y (vi) reuniones de supervisión y seguimiento.

- 3.8 **Evaluaciones.** Al final del proyecto se llevará a cabo una evaluación cuasiexperimental para estimar el impacto de los dos componentes principales. Se escogió como metodología el control sintético, y los indicadores preliminares de resultados identificados son los de la Matriz de Resultados. Esta evaluación será financiada en virtud del préstamo y contará con apoyo técnico directo del BID.

### **C. Actividades de diseño posteriores a la aprobación**

- 3.9 En el marco de la operación de cooperación técnica GY-T1121<sup>69</sup> se financiará una evaluación de la estructura organizacional de la Unidad de Salud Maternoinfantil y se recomendará un nuevo organigrama acorde a las actividades propuestas con arreglo al préstamo, a fin de garantizar la sostenibilidad de los resultados del programa. La nueva estructura se empleará como base para dotar de personal a dicha unidad reorganizada, posiblemente absorbiendo parte del personal contratado en el marco del préstamo. Además, la cooperación técnica respaldará el desarrollo de capacidades técnicas y operativas esenciales en la Unidad de Salud Maternoinfantil, incluido el intercambio de conocimiento y la cooperación técnica con países que forman parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica. Como ya se mencionó, se financiará el diseño de soluciones para contribuir a cerrar la brecha de recursos humanos en las zonas rurales del interior del país. Por último, se financiarán estudios técnicos fundamentales que orientarán la ejecución del proyecto, entre ellos: (i) una evaluación de la oferta y la demanda, que consiste en un análisis cualitativo y un diagnóstico participativo realizado a nivel local a fin de identificar obstáculos del lado de la oferta y del lado de la demanda al acceso y la utilización de servicios de salud reproductiva, materna y neonatal, y (ii) una revisión del sistema de educación sanitaria y de las políticas de contratación y retención de personal del sector de salud del país.

---

<sup>69</sup> La síntesis de la operación de cooperación técnica se aprobó el 1 de julio de 2016 y de la Revisión de la Calidad y el Riesgo (QRR) se cerró el 26 de septiembre de 2016.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo			
Resumen			
<b>I. Alineación estratégica</b>			
<b>1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID</b>		<b>Alineado</b>	
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad		
Indicadores de contexto regional			
Indicadores de desarrollo de países	-Tasa de mortalidad maternal (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) -Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)		
<b>2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país</b>		<b>No Alineado</b>	
Matriz de resultados de la estrategia de país			
Matriz de resultados del programa de país	La intervención no está incluida en el Programa de Operaciones de 2016.		
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)	Dado que la mortalidad materna y neonatal es superior que en países comparables, se considera que el proyecto es relevante y justificable. Además, es consistente con el área transversal de pueblos indígenas del la Estrategia de País.		
<b>II. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad</b>			
	Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
	9.0		10
<b>3. Evaluación basada en pruebas y solución</b>	9.5	33.33%	10
3.1 Diagnóstico del Programa	3.0		
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas	4.0		
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados	2.5		
<b>4. Análisis económico ex ante</b>	10.0	33.33%	10
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General	4.0		
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados	2.4		
4.3 Costos Identificados y Cuantificados	1.2		
4.4 Supuestos Razonables	1.2		
4.5 Análisis de Sensibilidad	1.2		
<b>5. Evaluación y seguimiento</b>	7.5	33.33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo	2.5		
5.2 Plan de Evaluación	5.0		
<b>III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación</b>			
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad	Medio		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad	Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales	Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación	Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales	B		
<b>IV. Función del BID - Adicionalidad</b>			
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales			
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto, Controles externos.	
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.	
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:			
Igualdad de género			
Trabajo			
Medio ambiente			
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto			
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.	Sí	La evaluación propuesta utilizará el método de controles sintéticos para comparar los resultados de las intervenciones implementadas en una región con respecto a una región sintética. Existe poca evidencia sobre qué funciona para mejorar la salud indígena, así que esta evaluación espera contribuir a resolver esta pregunta.	

Nota: (\*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

El objetivo del programa es reducir la muerte materna, perinatal y neonatal en Guyana. Para lograr este objetivo, el programa apoya el fortalecimiento de servicios de salud reproductivos, maternos y neonatales, mediante actividades que buscan incrementar el acceso y uso de los servicios de salud y la mejora de la calidad de servicios y fortalecimiento de la red sanitaria. Los documentos de proyecto proveen un diagnóstico de la situación de salud materno-infantil y sus determinantes en Guyana, así como referencias a la literatura que sustentan la eficacia de las intervenciones propuestas que justifican la implementación del programa.

El proyecto presenta una simulación de la magnitud de los efectos esperados en mortalidad materno y neonatal, un supuesto clave para el análisis económico y la lógica de programa. La matriz de resultados incluye indicadores SMART adecuados para medir impactos, resultados y productos.

Las actividades de monitoreo se han presupuestado adecuadamente. El proyecto propone una evaluación de impacto cuasi-experimental para medir los impactos en una región de intervención, basada en el método de controles sintéticos. Sin embargo, la información provista en el plan de evaluación es insuficiente para valorar la viabilidad de la estrategia de identificación propuesta.

## MATRIZ DE RESULTADOS

### IMPACTOS PREVISTOS

Indicadores	Unidad	Base de referencia		Metas		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
<b>Objetivo: Contribuir a la reducción de muertes maternas, perinatales y neonatales en Guyana para 2021</b>							
Tasa de mortalidad materna	Muertes maternas x 100.000	121,7	2014	87,9	2021	Informe del Oficial Médico Jefe (CMO)	La tasa de mortalidad materna a nivel nacional se estimó usando datos preliminares del Informe del CMO.
Tasa de mortalidad neonatal	Muertes neonatales x 1.000	21,7	2014	15,2	2021	Informe del CMO	La tasa de mortalidad neonatal a nivel nacional se estimó usando datos preliminares del Informe del CMO.

### RESULTADOS PREVISTOS

Indicador	Unidad	Base de referencia		Metas		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
<b>COMPONENTE 1. FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL</b>							
<b>Subcomponente 1.1. Objetivo: Incrementar el acceso y la utilización de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal</b>							
Usuarios por primera vez de métodos de planificación familiar ese año.	Número de pacientes	5.799	2014	9.799	2021	Informe de la Unidad Maternoinfantil, Informe clínico resumido	Calculado para las zonas de intervención.
Gestantes con anemia en la primera consulta prenatal (hemoglobina: menos de 11 g/dl).	%	21,1%	2014	11,1%	2021	Informe de la Unidad Maternoinfantil, Informe clínico resumido	Calculado para las zonas de intervención. Excluye "resultado desconocido".
Partos de madres adolescentes (19 años de edad y menores).	%	19,1%	2012	15,1%	2021	Estadísticas vitales, Boletín estadístico del MSP	Calculado para las zonas de intervención.
Mujeres que reciben atención prenatal antes de las 12 semanas de gestación.	%	23,9%	2014	30,9%	2021	Informe de la Unidad Maternoinfantil, Informe clínico resumido	Calculado para las zonas de intervención. Excluye "desconocido".

Indicador	Unidad	Base de referencia		Metas		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
Mujeres que dan a luz en un establecimiento sanitario en las zonas rurales del interior del país.	%	15,8%	2014	25,8%	2021	Informe de la Unidad Maternoinfantil, Informe clínico resumido	Calculado para la región 9. El numerador considera partos en "hospitales" y "centros de salud".
<b>Subcomponente 1.2. Objetivo: Mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal</b>							
Gestantes que reciben atención prenatal de calidad conforme a las prácticas óptimas.	%	(1)	2017	+15PP	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen atención prenatal.
Nacimientos con partogramas, empleados conforme a las prácticas óptimas	%	(1)	2017	+20PP	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.
Partos en instituciones en los cuales se administró oxitocina inmediatamente después del nacimiento como parte del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto.	%	(1)	2017	85%	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.
Partos en instituciones en los cuales se dio atención neonatal inmediata al recién nacido conforme a las normas.	%	(1)	2017	85%	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.
Neonatos con complicaciones (nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, asfixia y sepsis) manejadas conforme a las normas.	%	(1)	2017	+20PP	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.
Complicaciones obstétricas (sepsis, hemorragia, preeclampsia y eclampsia graves) manejadas conforme a las normas.	%	(1)	2017	+20PP	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.

Indicador	Unidad	Base de referencia		Metas		Medios de verificación	Observaciones
		Valor	Año	Valor	Año		
Mujeres que recibieron atención posparto inmediata conforme a las prácticas óptimas (cada 15 minutos en la primera hora y cada 30 minutos en la segunda hora).	%	(1)	2017	85%	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.
<b>COMPONENTE 2. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN DE LA SALUD</b>							
<b>Objetivo: Incrementar la eficacia de la red de atención de la salud materna y neonatal</b>							
Mujeres que se derivan al hospital nacional debido a trastornos obstétricos que pudieron haberse resuelto en otro nivel de atención.	%	(1)	2017	Reducción de 50 PP	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención.
Establecimientos sanitarios con disponibilidad continua de insumos y equipos para ofrecer atención obstétrica y neonatal esencial y de emergencia.	%	(1)	2017	85%	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen servicios de rutina de atención a partos.
Establecimientos sanitarios con disponibilidad continua de insumos y equipos para ofrecer atención prenatal y posnatal de calidad.	%	(1)	2017	85%	2021	Encuestas de establecimientos sanitarios, módulo de revisión de registros médicos	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención que ofrecen atención prenatal y posnatal.

(1) Los datos se actualizarán con los resultados de la encuesta de establecimientos sanitarios de referencia.

PP: Puntos porcentuales por los que se superará el valor de referencia.

**PRODUCTOS**

Productos	Costo estimado (US\$)	Unidad	Base de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta final	Medios de verificación	Observaciones
Trabajadores comunitarios de la salud capacitados y equipados para ofrecer servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.	470.000	Trabajadores comunitarios de la salud	0	00	200	225	0	0	425	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que los trabajadores comunitarios de la salud han recibido capacitación y equipos.	Calculado para los trabajadores comunitarios de la salud en las zonas de intervención.
Comunidades con planes implementados para atender partos en instituciones.	225.000	Comunidades	0	0	50	38	0	0	88	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que se han implementado planes.	Calculado para comunidades de la región 9. "Implementados" se refiere a comunidades que han diseñado y puesto en práctica planes para atender partos en instituciones.
Comunidades con una estrategia de comunicación para cambios de comportamiento implementada.	535.000	Comunidades	0	0	50	100	75	0	225	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que se ha implementado la estrategia de comunicación en cada comunidad.	"Implementada" se refiere a comunidades que han recibido los mensajes/anuncios de la estrategia de comunicación por radio, TV, medios sociales, prensa u otros.

Productos	Costo estimado (US\$)	Unidad	Base de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta final	Medios de verificación	Observaciones
<b>Subcomponente 1.2. Calidad de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal</b>											
Establecimientos sanitarios con una estrategia implementada de atención de salud integrada para la mujer en edad reproductiva.	255.000	Establecimientos sanitarios	0	0	50	50	43	0	143	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que las directrices y los procedimientos se han implementado.	Calculado para centros de salud en las zonas de intervención que ofrecen atención primaria de la salud. "Implementada" se refiere a establecimientos sanitarios que han actualizado y puesto en práctica directrices y procedimientos sobre la salud de la mujer en edad reproductiva.
Establecimientos sanitarios con una nueva estrategia de planificación familiar implementada.	170.000	Establecimientos sanitarios	0	0	50	50	43	0	143	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que las directrices y los procedimientos se han implementado.	Calculado para centros de salud en las zonas de intervención que ofrecen atención primaria de salud. "Implementada" se refiere a establecimientos sanitarios que han actualizado y puesto en práctica directrices y procedimientos para planificación familiar.
Establecimientos sanitarios con un modelo actualizado de atención prenatal, del parto, posnatal y posparto implementado.	125.000	Establecimientos sanitarios	0	0	100	50	0	0	150	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que las	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención. "Implementado" se

Productos	Costo estimado (US\$)	Unidad	Base de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta final	Medios de verificación	Observaciones
										directrices y los procedimientos se han implementado.	refiere a establecimientos sanitarios que han actualizado y puesto en práctica directrices y procedimientos de atención prenatal, del parto, posnatal y posparto.
Hospitales con una estrategia de mejora de la calidad de la atención de salud materna y neonatal implementada.	455.000	Hospitales	0	0	1	3	3	0	7	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que los procesos se han identificado y optimizado.	Calculado para hospitales en las zonas de intervención. "Implementada" se refiere a hospitales que han identificado y optimizado procesos clínicos, administrativos y de apoyo claves.
Establecimientos sanitarios con una administración de la cadena de suministros mejorada.	100.000	Establecimientos sanitarios	0	0	0	90	60	0	150	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que la cadena de suministros ha mejorado.	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención. "Mejorada" se refiere a establecimientos sanitarios que han adoptado prácticas óptimas para estimar necesidades, planificación, pedidos, almacenamiento y distribución de suministros críticos para la población.

Productos	Costo estimado (US\$)	Unidad	Base de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta final	Medios de verificación	Observaciones
Trabajadores sanitarios capacitados para ofrecer servicios de salud reproductiva, materna y neonatal de calidad.	235.000	Personal de salud	0	0	120	90	46	0	256	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que se han capacitado trabajadores.	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención.
Establecimientos sanitarios con un sistema de información sanitaria fortalecido.	350.000	Establecimientos sanitarios	0	0	0	60	60	30	150	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que el sistema de información sanitaria se ha fortalecido.	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención. "Fortalecido" se refiere a establecimientos sanitarios que recopilan y presentan estadísticas cruciales de manera rutinaria.
<b>COMPONENTE 2. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN DE LA SALUD</b>											
Red integrada de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal habilitada.	759.000	Red	0	0	1	2	0	0	3	Informes de asistencia técnica con pruebas documentadas de que la red se ha habilitado.	Calculado para las zonas de intervención. "Habilitada" se refiere a regiones que han revisado y ajustado el servicio y las redes de derivación de pacientes y disposición de su regreso al establecimiento original.
Establecimientos sanitarios con infraestructura mejorada para prestar servicios de	500.000	Establecimientos sanitarios	0	0	0	1	0	0	1	Informes semestrales de seguimiento del	Calculado para un establecimiento

Productos	Costo estimado (US\$)	Unidad	Base de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta final	Medios de verificación	Observaciones
atención de la salud reproductiva, materna y neonatal.										proyecto con pruebas documentadas de que concluyeron las mejoras de la infraestructura y que el establecimiento está en funcionamiento.	sanitario en la región 4.
Establecimientos sanitarios con equipos mejorados para prestar servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal.	2.250.000	Establecimientos sanitarios	0	0	0	2	2	0	4	Informes semestrales de seguimiento del proyecto con pruebas documentadas de que los nuevos equipos están funcionando.	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención.
Ambulancias equipadas para atención de emergencia obstétrica y del recién nacido entregadas.	225.000	Ambulancias	0	0	3	0	0	0	3	Informes semestrales de seguimiento del proyecto con pruebas documentadas de que las ambulancias están en funcionamiento.	Calculado para establecimientos sanitarios en las zonas de intervención.
<b>COMPONENTE 3. ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN</b>											
Evaluación final concluida.	20.000	Evaluación	0	0	0	0	0	1	1	Evaluación completa y publicada en el sitio virtual del ministerio	

Productos	Costo estimado (US\$)	Unidad	Base de referencia	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Meta final	Medios de verificación	Observaciones
Encuesta a establecimientos sanitarios concluida.	100.000	Encuesta	0	1	0	0	0	1	2	Encuesta completa y publicada en el sitio virtual del ministerio	

## ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS DEL PROYECTO

<b>País:</b>	Guyana
<b>Número de proyecto:</b>	GY-L1058
<b>Nombre:</b>	Apoyo para Mejorar la Salud Maternoinfantil
<b>Organismo ejecutor:</b>	Ministerio de Salud Pública

### I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 El objetivo general del programa es contribuir a la reducción de muertes maternas, perinatales y neonatales en Guyana. El presupuesto total estimado asciende a US\$8.000.000, monto que será financiado en su totalidad con recursos del BID con cargo al Capital Ordinario/FOE.
- 1.2 El organismo ejecutor es el Ministerio de Salud Pública (de aquí en adelante, el MSP). El MSP ejecutó tres préstamos financiados por el Banco: Programa para el Sector de Salud (1548/SF-GY), Programa de Nutrición Básica (1120/SF-GY) y Expansión e Integración de la Nutrición Básica (2270/BL-GY), el cual fue reformulado en diciembre de 2015. Los aspectos fiduciarios del mecanismo de ejecución del presente préstamo se analizan en consecuencia.
- 1.3 En junio de 2016 se realizó una evaluación de la capacidad institucional del MSP empleando la metodología del Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI). En la evaluación se llegó a la conclusión de que el riesgo fiduciario se considera medio. Se reevaluarán los riesgos fiduciarios durante la ejecución como parte de la supervisión fiduciaria regular, a fin de asegurar un respaldo eficiente para ejecutar el proyecto.
- 1.4 **Contexto fiduciario del país.** En el período 2012/2013 se llevó a cabo una evaluación fiduciaria integrada que ofreció una actualización del marco de medición del desempeño del Programa de Gasto Público y Responsabilidad Financiera (PEFA) y la evaluación de adquisiciones de la OCDE-CAD de 2007 combinados. Los resultados de la evaluación fiduciaria integrada de 2012/2013 y del PEFA de 2007 señalan que, en general, los sistemas de planificación del presupuesto, contabilidad y presentación de información de Guyana funcionaron bien; el Sistema Integrado de Gestión Financiera y Contabilidad (IFMAS) funcionó de manera uniforme y fiable, y brindó información actualizada sobre todos los elementos de la ejecución del presupuesto, y la planificación del presupuesto y la presentación de información se estaban haciendo de conformidad con el método de contabilidad de caja y sus normas. Las puntuaciones del indicador Gestión de las Finanzas Públicas (GFP) de 2012/2013 siguieron mostrando resultados alentadores con leves mejoras en ámbitos tales como fortalecimiento de la función de auditoría externa, proceso de preparación del presupuesto, administración de ingresos, etc. No obstante, la evaluación fiduciaria integrada destacó que es preciso prestar atención al entorno de controles internos, auditoría interna, control de nómina y control de adquisiciones, entre otros aspectos. A la fecha no se han

recibido confirmaciones del prestatario sobre los resultados de la evaluación fiduciaria integrada de 2012/2013 ni del programa PEFA de 2007. En 2013 se realizó también la evaluación de la Guía para la Aceptación del Uso de los Sistemas Nacionales de Adquisiciones, pero aún no ha sido validada por el gobierno. En la actualidad, la Auditoría General tiene facultades para auditar todas las operaciones de cooperación técnica y de préstamo financiadas por el Banco, cuya complejidad y riesgo se consideren de un nivel bajo o medio. Esto se basó en una evaluación de la capacidad de la Auditoría General que realizó el Banco en 2011 y el apoyo al fortalecimiento institucional continuo que le brindó el BID a la Auditoría General. Para esta operación, el Banco está recomendando (i) el uso del sistema nacional de contabilidad, el IFMAS, o cualquier otro sistema aceptable para el Banco, para la administración financiera del proyecto, y (ii) para el control externo, una firma de contadores públicos independientes aceptable para el Banco o el Auditor General de Guyana.

- 1.5 Con respecto a las adquisiciones y contrataciones, en 2007 y 2013 se efectuaron evaluaciones del sistema nacional, pero el Gobierno de Guyana todavía no ha avalado los resultados. Guyana tiene legislación específica para regular las adquisiciones públicas: la Ley de adquisiciones de 2003 y sus reglamentos conexos. Estableció la Junta Nacional de Administración de Adquisiciones y Licitaciones (NPTAB), que tiene jurisdicción sobre los procesos de licitación del país y depende del Ministerio de Hacienda; tiene funciones de formulación de políticas, supervisión consultiva, seguimiento e información. De conformidad con el marco jurídico actual, la NPTAB es una entidad de carácter temporal que opera hasta que se cree la Comisión de Adquisiciones Públicas (PPC). La creación de esta comisión está prevista en la Constitución, sus miembros son nombrados por el Presidente y aprobados por la Asamblea Nacional. El país se encuentra en proceso de fortalecer su sitio virtual centralizado para publicar convocatorias de licitación pero, hasta la fecha, ni las entidades encargadas de adquisiciones ni las empresas públicas independientes lo utilizan con regularidad. Por otra parte, se está procurando reforzar la capacidad de conservar registros de procesos de adquisiciones e información conexas, así como un registro de quejas, suspensión y exclusión, y desempeño de contratistas. El gobierno también está interesado en compilar estadísticas de adjudicación de contratos de adquisiciones públicas. Pero por el momento no se ha aprobado el Sistema de Adquisiciones del País y, por lo tanto, no podrá utilizarse en este préstamo. En consecuencia, el Banco exige la aplicación de sus políticas en la materia (documentos GN-2349-9 y GN-2350-9) para todos los proyectos aprobados después de 2011. El Banco brindará respaldo adecuado a la función de adquisición para asegurar la eficiencia de las actividades respectivas y para la pronta ejecución de la operación, de conformidad con sus reglas y procedimientos.

## **II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR**

- 2.1 La Unidad de Salud Maternoinfantil del MSP, encabezada por el Funcionario de Salud Maternoinfantil, será responsable de la ejecución del préstamo y de llevar a cabo todas las actividades fiduciarias conexas. En el organigrama actual del MSP, la Unidad de Salud Maternoinfantil del Departamento de Salud Familiar desempeñará sus funciones en coordinación con la Oficina del Secretario

Permanente y la Oficina del Oficial Médico Jefe<sup>1</sup>. Con base en los hallazgos del Sistema de Evaluación de la Capacidad Institucional (SECI), la Oficina del Secretario Permanente asegura “la asignación adecuada de recursos de la organización, del personal y financieros al logro de las metas estratégicas y operativas y los objetivos sectoriales generales del Ministerio” [2]. Todas las responsabilidades administrativas que incluyen obligaciones fiduciarias caen bajo la responsabilidad directa de la Oficina del Secretario Permanente. No obstante, el Oficial Médico Jefe proporciona “liderazgo y orientación técnica para ejecutar programas y acciones específicas del sector” [3], creando de esa manera la necesidad de una doble línea de rendición de cuentas para coordinar actividades que supongan la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las actividades fiduciarias. Esto tendrá que estar claramente descrito en el Manual de Operaciones. Con el objeto de fortalecer la capacidad de ejecución de la Unidad de Salud Maternoinfantil, con los fondos del préstamo se financiarán los recursos humanos específicamente asignados para desempeñar todas las obligaciones fiduciarias previstas durante la vigencia del préstamo. Como parte del personal que se contratará se incluirá un oficial financiero y un oficial de adquisiciones. La contratación de estos dos funcionarios será una condición previa al primer desembolso.

- 2.2 El MSP emplea el IFMAS del país. El IFMAS fue probado con éxito a escala piloto en préstamos previos financiados por el BID. Además, el Ministerio de Hacienda elaboró un Manual de Operaciones para proyectos financiados por el Banco que utilicen el IFMAS como su sistema contable. Se recomienda usar en este programa el IFMAS para fines de administración financiera y contabilidad.
- 2.3 En lo que se refiere a la función de adquisiciones, en el SECI se señala que, de acuerdo con el organigrama actual del MSP, las adquisiciones las efectúa la Unidad de Administración de Materiales (MMU), que depende de la Oficina del Secretario Permanente. Esta unidad tiene un total de 15 empleados, 10 de los cuales se encargan de comprar equipos médicos y productos farmacéuticos, y los otros 5 se ocupan de las demás compras. Hoy en día, el plan inicial de adquisiciones del préstamo incluye compras de equipos médicos. Como se mencionó en la sección 2.1, este préstamo será ejecutado por la Unidad de Salud Maternoinfantil, en particular por el personal asignado específicamente a todas las actividades de adquisiciones para el préstamo. Todavía no se ha contratado a estos empleados. Una vez en funciones, se coordinarán con la Oficina del Secretario Permanente y la Oficina del Oficial Médico Jefe, y otras líneas de autoridad pertinentes para asegurar que las especificaciones técnicas y los términos de referencia cumplan las normas vigentes en el MSP. Se ofrecerá capacitación al nuevo personal para velar por que desempeñe sus obligaciones de la manera más eficiente y conforme a las políticas de adquisiciones del Banco.

### **III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN**

- 3.1 El equipo de proyecto y el MSP prepararon una matriz preliminar de mitigación de riesgos que es parte de los documentos del proyecto. Se realizarán evaluaciones

---

<sup>1</sup> Apoyo para Mejorar la Salud Maternoinfantil – GY-L1058; Evaluación institucional; Andrés Garrett, Consultor institucional y financiero, junio de 2016.

anuales para introducir medidas de mitigación adicionales en función de estas revisiones y según se considere necesario.

- 3.2 El préstamo será ejecutado por el personal asignado específicamente a la Unidad de Salud Maternoinfantil y al MSP. Por consiguiente, cabe esperar que surjan dificultades en la ejecución de las actividades previstas debido a la capacidad y las restricciones de los recursos humanos. La asignación específica de un oficial financiero y un oficial de adquisiciones a la Unidad de Salud Maternoinfantil se considera esencial para llevar a cabo las actividades fiduciarias previstas en este préstamo y para mantener un sistema sólido de mecanismos de presentación de informes y controles internos. Como medida de mitigación, se dará capacitación a ambos funcionarios, tras su contratación, sobre las reglas y los procedimientos del Banco.
- 3.3 La evaluación del SECI reveló que los mecanismos de administración financiera tienen un riesgo medio.
- 3.4 En lo que concierne a las actividades de adquisiciones, el SECI identificó un riesgo medio en el organigrama. También señaló que la MMU desempeña sus funciones de conformidad con la Ley de adquisiciones de 2003. El personal que se hará cargo de la ejecución del proyecto tendrá que realizar sus funciones de acuerdo con las políticas del Banco, para lo cual se requerirá coordinación, como se describirá en el Manual de Operaciones. Esto último se considerará una condición previa a la elegibilidad y deberá incluir, entre otros aspectos, (i) normas ajustadas a las características y prácticas administrativas del MSP y conforme a las políticas del Banco; (ii) identificación de flujos de trabajo y las correspondientes modalidades de adquisición y contratación, así como aspectos de planificación y niveles de delegación de autoridad; (iii) definición de un sistema de archivo para que todos los expedientes relacionados con adquisiciones puedan ser plenamente accesibles durante siete años, según prescriben las políticas del Banco. Además, dada la índole de las actividades de adquisiciones previstas en el marco de este préstamo, tal como se describen en el Plan de Adquisiciones adjunto, se considera que existe un riesgo medio porque las especificaciones técnicas y los términos de referencia observan los requisitos del MSP y del acuerdo de préstamo.

#### **IV. CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO QUE DEBEN OBSERVARSE**

- 4.1 **Condiciones previas al primer desembolso.** Deberán presentarse pruebas de que el MSP ha contratado a un funcionario financiero asignado específicamente para el programa. Otra condición previa será la contratación de un funcionario de adquisiciones. La última condición previa será la validación del Manual de Operaciones, donde figurarán todos los mecanismos fiduciarios necesarios y todos los elementos previstos en ese documento.
- 4.2 **Tipo de cambio que utilizará el organismo ejecutor.** El tipo de fondos que se utilizarán se establecen de la siguiente manera: (i) Reembolso de gastos efectuados: tipo de cambio efectivo a la fecha del pago de cada gasto, publicado por el Banco Central de Guyana, y (ii) Declaración de cuentas (anticipo de fondos): tipo de cambio efectivo utilizado para la conversión de la moneda de la operación a la moneda local. Cuando se reembolse una garantía de una carta de crédito, se

fijará el equivalente de la moneda de la operación de acuerdo con el monto desembolsado efectivamente por el BID.

## V. ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

- 5.1 **Estados financieros e informes, auditados o no auditados.** (i) Se incluirán informes financieros semestrales del programa en el informe de avance semestral que el MSP remitirá al Banco; (ii) se enviarán al Banco estados financieros anuales del proyecto, auditados por el Auditor General de Guyana dentro de un plazo de 120 días contados a partir del cierre de cada ejercicio, comenzando con el ejercicio en el cual se incurren los primeros gastos del proyecto, y (iii) el MSP enviará un informe final de auditoría financiera dentro de un plazo de 120 días contados a partir del último desembolso.
- 5.2 **Programación y presupuesto.** El prestatario se ha comprometido a asignar, para cada ejercicio fiscal de la ejecución del proyecto, un margen de maniobra fiscal adecuado para garantizar la ejecución sin restricciones del proyecto, tal como lo determinan los instrumentos operativos normales, como el Plan Operativo Anual y el Plan de Adquisiciones.
- 5.3 **Sistemas de contabilidad e información.** Se espera que el sistema contable IFMAS facilite el registro y la clasificación de todas las transacciones financieras.
- 5.4 **Desembolsos y flujo de fondos.** El Banco supervisará la creación de un anticipo de fondos, empleando la metodología pertinente. Cuando se soliciten recursos del financiamiento mediante un anticipo de fondos, estos se depositarán en una cuenta especial denominada en dólares estadounidenses, que se abrirá exclusivamente para el proyecto en el Banco Central de Guyana. Los recursos que deban retirarse de esta cuenta especial se transferirán a otra cuenta bancaria denominada en dólares guyaneses y se utilizarán para el pago de gastos en moneda local.
- 5.5 En el marco del proyecto, se proporcionará una justificación adecuada del saldo corriente de la cuenta de anticipo de fondos cuando se haya erogado el 80% de dicho saldo. Los anticipos cubrirán normalmente un período que no excederá de 180 días ni será inferior a 90 días. Para solicitar desembolsos del Banco, el organismo ejecutor remitirá los siguientes formularios y documentos de apoyo:

Tipo de desembolso	Formularios obligatorios	Formularios optativos/información que puede solicitar el BID
Anticipo	Solicitud de desembolso/ Plan financiero	Lista de compromisos Informes de avance físico/financiero
Reembolsos de pagos efectuados	Solicitud de desembolso/Situación de la ejecución del proyecto/Declaración de gastos	Lista de compromisos Informes de avance físico/financiero
Pago directo al proveedor	Solicitud de desembolso/Declaración de gastos/Documentación de apoyo aceptable	Lista de compromisos Informes de avance físico/financiero

- 5.6 En general, la documentación de apoyo para justificar anticipos y reembolsos de pagos efectuados se guardará en la oficina del organismo ejecutor. Los documentos de apoyo a los desembolsos podrán ser revisados ex post por el Banco.
- 5.7 **Control y auditoría internos.** La administración del proyecto asumirá la responsabilidad de diseñar y poner en práctica un sistema sólido de controles internos para el proyecto.
- 5.8 **Controles externos e informes.** Para cada ejercicio fiscal de la ejecución del proyecto, el MSP será responsable de preparar informes financieros semestrales del proyecto, informes financieros auditados anuales del programa y un informe financiero auditado final al término del programa. Podrá ser auditado por el Auditor General de Guyana o por una firma de contadores públicos independientes aceptable para el Banco.
- 5.9 **Plan de supervisión financiera.** La supervisión financiera se determinará con base en las evaluaciones inicial y subsiguientes de riesgo que se lleven a cabo para el proyecto. Se realizarán visitas de inspección con base en el riesgo evaluado, que cubrirán lo siguiente: (a) una revisión del estado de conciliación bancaria y documentación de apoyo para los anticipos y las justificaciones; (b) cumplimiento de los procedimientos; (c) revisión del cumplimiento de los criterios de financiamiento, y (d) revisión ex post de los desembolsos.
- 5.10 **Mecanismo de ejecución.** El MSP será el organismo ejecutor y será responsable de la administración financiera del programa. Sus funciones incluirán lo siguiente: (i) preparación de los informes del proyecto que se requieren; (ii) seguimiento de los productos y resultados obtenidos empleando indicadores establecidos; (iii) preparación y envío de solicitudes de desembolsos al Banco y justificación de gastos; (iv) preparación de informes financieros; (v) verificación del cumplimiento de todos los aspectos del Manual de Operaciones, y (vi) mantenimiento de un sistema adecuado de archivo de documentos.

## VI. REQUISITOS Y ACUERDOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 6.1 **Ejecución de las adquisiciones.** Las adquisiciones para el presente proyecto se realizarán de conformidad con las Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (documento GN-2349-9) de marzo de 2011 y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo (documento GN-2350-9) de marzo de 2011, y con las disposiciones establecidas en el contrato de préstamo. Además, para todos los proyectos, se exige al prestatario que prepare y remita al Banco un proyecto de Aviso General de Adquisiciones y un plan inicial de adquisiciones que se irá actualizando de acuerdo con las secciones pertinentes de las políticas y del acuerdo de préstamo.
- 6.2 **Excepción a las políticas de adquisiciones del Banco.** No se solicita ninguna excepción para este préstamo.
- 6.3 **Adquisición de bienes y contratación de obras y servicios distintos de consultoría.** De conformidad con la sección 1.2 del documento GN-2349-9, “la

responsabilidad en cuanto a la ejecución del proyecto, y por lo tanto a la adjudicación y administración de los contratos en virtud del mismo, es del Prestatario”. Según los hallazgos del SECI en relación con este préstamo, y en vista del nivel de riesgo identificado, todas las actividades de adquisiciones se realizarán bajo supervisión ex ante, como se describe en la siguiente sección de este Anexo III.

- 6.4 **Contratación de servicios de consultoría.** De conformidad con la sección 1.4 del documento GN-2350-9, “El Prestatario es responsable de la preparación y ejecución del proyecto y, por consiguiente, de la selección del consultor y de la adjudicación y posterior administración del contrato.” Como tal, el prestatario es responsable de la preparación y realización de las actividades programadas y, por lo tanto, de preparar los términos de referencia, listas cortas, selección de consultores, adjudicación del contrato y su posterior administración. Según los hallazgos del SECI en relación con este préstamo, y en vista del nivel de riesgo identificado, todas las actividades de contratación se realizarán bajo supervisión ex ante, como se describe en la siguiente sección de este Anexo III.
- 6.5 **Contratación de fuente única o directa.** No se prevé ninguna para este préstamo.
- 6.6 **Selección de consultores individuales.** Los consultores individuales serán empleados de conformidad con la Sección V (Selección de Consultores Individuales) de la Política GN-2350-9.
- 6.7 **Gastos recurrentes.** Incluye el pago de servicios públicos y otros gastos de operación de la oficina de la unidad ejecutora, si los hubiera.
- 6.8 **Contratación anticipada/financiamiento retroactivo.** No se prevé una contratación anticipada para esta operación.
- 6.9 **Preferencia nacional.** En el marco de este préstamo no se solicita dar preferencia a bienes fabricados en el país.
- 6.10 **Umbral del país.** Cuadro (miles de US\$) [www.iadb.org/adquisiciones](http://www.iadb.org/adquisiciones).

Umbral de la licitación pública internacional (LPI)*		Gama de la licitación pública nacional (LPN)** (obras complejas y bienes no comunes)		Servicios de consultoría
Obras	Bienes	Obras	Bienes	Lista corta internacional
>1.000.000	>100.000	<1.000.000	<100.000	> 100.000

\* Cuando se adquieran obras sencillas y bienes comunes por una cantidad inferior a los umbrales de la licitación pública internacional, se puede recurrir a la comparación de precios.

N.º	Identificación PEP	Categoría y descripción del contrato de adquisiciones	Método de adquisición		Revisión
<b>OBRAS</b>			(US\$)		
1	2.2.2	Remodelación del Hospital Nicholson	500,00	LPN	Ex ante
<b>BIENES</b>					
1	2.2.1	Equipos médicos para el nuevo edificio del Hospital de Georgetown, el Hospital Nicholson y otros establecimientos sanitarios	2.225,00	LPI	Ex ante

N.º	Identificación PEP	Categoría y descripción del contrato de adquisiciones	Método de adquisición		Revisión
		en la esfera de influencia del proyecto (LPI en varios lotes)			
2	1.2.6.1.5	Equipos y programas informáticos adquiridos y distribuidos (varios procesos)	200,00	LPN	Ex ante
<b>SERVICIOS DISTINTOS DE CONSULTORÍA</b>					
1	1.1.3.1	Materiales para comunicación para la estrategia de cambio de comportamiento, impreso y distribuido en 225 comunidades (varios procesos)	125,00	LPN	Ex ante
2	1.1.3.1	Campaña de comunicación en 225 comunidades (varios procesos)	125,00	LPN	Ex ante
<b>SERVICIOS DE CONSULTORÍA</b>					
1	1.1.1.1	Asistencia técnica para diseñar y respaldar la implementación de intervenciones para fortalecer los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal, y desarrollar capacidades y competencias en los niveles central y local.	1.670,00	SBCC	Ex ante

\*\* Cuando se adquieran obras no complejas y bienes comunes por una cantidad inferior a la gama de la licitación pública nacional, se recurrirá a la comparación de precios.

6.11 **Plan de adquisiciones.** El Plan de Adquisiciones para la operación, que cubre los primeros 18 meses de ejecución del proyecto, puede accederse mediante el siguiente enlace electrónico. Se empleará el Sistema de Ejecución de Planes de Adquisiciones (SEPA), en línea, para publicar y actualizar el Plan de Adquisiciones durante la ejecución. Se prevé que el organismo ejecutor utilice el SEPA para administrar sus actividades de adquisición. El Plan de Adquisiciones se actualizará anualmente o cuando sea necesario, o bien cuando lo exija el Banco ([www.iadb.org/adquisiciones](http://www.iadb.org/adquisiciones); <http://www.iniciativasepa.org/bid/sitio/guyana/index-ing.htm>). El plan inicial de adquisiciones para la operación enumera todas las actividades previstas. En el cuadro que figura a continuación se incluye la lista de las principales actividades de adquisición para este préstamo.

**Actividades principales de adquisición:**

6.12 **Supervisión.** Las modalidades de supervisión para esta operación se han ajustado para aplicar el mecanismo de ejecución más eficiente a la vez que se asegura el cumplimiento de las reglas y los procedimientos aplicables a las adquisiciones. En el marco de este préstamo, las actividades de adquisiciones (i) previsiblemente no serán complejas ni supondrán la adquisición de equipos médicos o terapéuticos; (ii) estarán sujetas a una revisión ex ante dado el nivel de riesgo identificado; (iii) se enumerarán explícitamente en el plan de adquisiciones aprobado y actualizado en el SEPA; (iv) se pondrán en marcha cuando el especialista sectorial del Banco haya validado todas las especificaciones técnicas o términos de referencia, y (v) se documentarán conforme a las directrices generales para archivos que se presentarán como parte de la capacitación inicial del personal fiduciario y de acuerdo con las políticas aplicables del Banco.

6.13 Toda modificación al presente acuerdo está sujeta a un convenio previo por escrito entre el organismo ejecutor y el Banco. La evaluación de la capacidad y el nivel

de riesgo pueden variar durante la ejecución del proyecto, dependiendo de lo que se detecte en las actividades de supervisión regular que tendrán lugar durante la vigencia del proyecto. Como tales, las modalidades de supervisión pueden variar a medida que aumenta la capacidad.

- 6.14 **Registros y archivos.** El organismo ejecutor mantendrá todos los registros y archivos, conforme a las prácticas óptimas aceptadas y a las directrices generales que suministrará el Banco durante la capacitación inicial del personal fiduciario. Todos los registros deberán conservarse durante un período de siete años contados a partir del final del período de ejecución de la operación. Se recomienda, además, aunque no con carácter obligatorio, que el organismo ejecutor los archive electrónicamente para evitar que se pierdan expedientes en papel.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/16

Guyana. Préstamo \_\_\_\_/BL-GY a la República Cooperativa de Guyana  
Apoyo para Mejorar la Salud Maternoinfantil

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 Cooperativa de Guyana, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de apoyo para mejorar la salud maternoinfantil. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$4.000.000, que formen parte de los recursos del Fondo para Operaciones Especiales del Banco, corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_\_\_)

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/16

Guyana. Préstamo \_\_\_\_/BL-GY a la República Cooperativa de Guyana  
Apoyo para Mejorar la Salud Maternoinfantil

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 Cooperativa de Guyana, como Prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución de un programa de apoyo para mejorar la salud maternoinfantil. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$4.000.000, que formen parte de los recursos de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco, corresponde a un préstamo paralelo en el marco del alivio de la deuda multilateral y reforma del financiamiento concesional del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_\_\_)