EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS-PAIS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL-IGSS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS/OMS

INFORME DE LAS REUNIONES PREPARATORIAS POR AREAS DE ESTUDIO

GUATEMALA, JULIO-AGOSTO DE 1989

COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES PREPARATORIAS DE LA

REUNION DE EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION

TECNICA OPS/OMS.

Para programar y ejecutar las actividades preparatorias de este ejercicio, el Ministerio de Salud Pública nombró al Dr. Juan José Arroyo, Jefe de la Unidad de Informática, como Coordinador; la Representación designó como contraparte al Dr. Eduardo Guerrero, STC y el INCAP al Dr. Adan Montes.

Los coordinadores contaron con el apoyo de los moderadores y relatores de grupos de los funcionarios de cada área programática del Consultor especialista en dicha area programática, quienes aportaron la información que sirvió de base al análisis evaluativo en los grupos de trabajo.

Todos los participantes contaron con el apoyo logisístico y secretarial del Licenciado Samuel Arévalo, Licenciado Fernando Morales, Señoras Olga de Estrada, Claudia de Erdmenger, Ana Claudina de Moreira, Sonia de Rubio, Señorita Carla González y Señor Edgar Velasquez.

CONTENIDO

Coordinación de las actividades preparatorias:

I. Presentación del Informe sobre Planificación y Conducción Sectorial. 2

II. Presentación del informe sobre Nutrición y Salud 26

III. Presentación del informe sobre Atención al Medio Ambiente 49

IV. Presentación del informe sobre Control de Alimentos 73

V. Presentación del informe sobre Control de enfermedades transmisibles y Salud Pública Veterinaria 105

VI. Presentación del informe sobre Salud de la Madre y el Niño 146

VII Presentación del informe sobre Salud del Escolar, Adolescente y Adulto 171

VIII Presentación del informe sobre Desarrollo de los Servicios de Salud 188

IX Presentación del informe sobre Recursos Humanos e Investigación 214

X Presentación del informe sobre Mantenimiento 255

XI Presentación del informe sobre Medicamento 272

XII Presentación del informe sobre Desastres 298

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
PLANIFICACION Y CONDUCCION SECTORIAL
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante los días 1 y 2 de agosto de 1.989.

Guatemala, julio - agosto de 1.989.

Planificación y Conducción Sectorial.

Participantes:

Dr. Juan José Arroyo	DGSS
Dr. Carlos Estrada Sandoval	SEGEPLAN
Dr. Carlos Garcia Dardon	DGSS
Dr. Julio Isaacs Rodriguez	DGSS
Dr. Guillermo Morales	IGSS
Lic. Miguel Angel Pacajó	MSPAS
Lic. Rodolfo Poitevin	MSPAS
Dr. Orlando Aguilar Herrera	OPS/OMS
Lic. José María Marín	OPS/OMS
Dr. Norberto Martínez Cuellar	OPS/OMS
Lic. Armando Melgar	OPS/OMS

Moderador: Dr. Rudy Cabrera

Relator: Dra. Mirna Alcira de Garcia

Consultor: Lcdo. Omer Robles

Este informe fué elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideración de la Reunión de Evaluación Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE PLANIFICACION.

1986 - 1989.

1. Propòsito.

1.1 Evaluar la cooperaciòn tècnica recibida por el paìs en el àrea de Planificaciòn, proporcionada por la Organizaciòn Panamericana de la Salud/Organizaciòn Mundial de la Salud - OPS/OMS.

2. El Problema

Situaciòn econòmica, poblacional y polìtica. *

Despuès de un perìodo de crisis 1980-1985, la economìa ha mostrado tendencia a la recuperaciòn. En 1986, se inicia la estabilizaciòn y en 1987 empieza la reactivaciòn, perìodo en el cual el PIB creciò a 3.1%, y en 1988 a 3.5% proyectàndose una tasa de crecimiento de 5% para 1989. La tasa de expansiòn de la actividad econòmica sin embargo, no alcanzò a evitar que el ingreso per càpita siguiera declinado, y los beneficios del crecimiento tengan una distribuciòn satisfactoria.

Los objetivos y metas del programa econòmico para 1989 (que repercuten en la situaciòn de salud), responden a la necesidad de consolidar los logros ya alcanzados en el campo econòmico, social y polìtico, asì: propiciar las condiciones que permitan un aumento de la actividad econòmica 5% del PIB en relaciòn al año anterior; reducir el desequilibrio del sector externo y aumentar las reservas monetarias internacionales; reducir el dèficit fiscal global a 2.5% del PIB, controlar el crecimiento de los medio de pago y la inflaciòn; disminuir el desempleo abierto y reajustar los salarios.

La estabilidad de la tasa de cambio despuès de la devaluaciòn de 1986, ha permitido reducir considerablemente la tasa de inflaciòn.

* OPS/OMS, Condiciones de Salud de las Amèricas, Guatemala, 1986-1989.

La deuda pública externa es de orden de EUA$. 2,500 millones y los pagos efectuados por servicios de deuda aumentaron del 8% al 24% de las exportaciones de bienes y servicios entre 1982-1986. La deuda plantea un problema creciente, pues los vencimientos para el período 1988-1990 son considerables.

De acuerdo a la encuesta nacional de ingresos y gastos, efectuada en 1980-1981, y las estimaciones del costo de la **canasta básica de alimentos**, se colige que el 40% de la población total del país y el 52% en el área rural viven en estado de extrema pobreza, es decir, no obtienen ingresos suficientes para satisfacer las necesidades de alimentación. El 71% de la población del país y el 84% de los residentes en áreas rurales, vivien en estado de pobreza y pobreza extrema (2.6 millones de personas), con ingresos que no cubren el precio de la canasta mínima de alimentos y la de los bienes y servicios básicos (Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica).

De acuerdo a lo indicado por la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica, unas 250,000 familias subsisten en pequeñas fincas de menos de 10 manzanas de extensión y 200,000 familias de trabajadores agrícolas asalariados no calificados, componen el grupo de los hogares guatemaltecos en situación de indigencia.

Las áreas rurales más densamente pobladas, se encuentran en la zona montañosa y allí es donde existe la mayor proporción de población indígena concentrada en minifundios, con diferentes lenguajes que dificultan la comunicación con las mismas, (10 lenguas y por lo menos 200 dialectos). El último censo agropecuario de 1979 mostraba que el 89.8% de la propiedad agraria eran microfincas (menores de una manzana), y fincas familiares (de 1 a 10 manzanas) ocupando solamente el 16.3% de la superficie territorial, mientras que las fincas multifamiliares medianas y grandes ocupaban el 65.4% del área de producción, esto muestra la distribución de las fuentes de riquezas de la población.

En 1986 el 42% de la población económicamente activa no tenía grado de escolaridad y el 25% había cursado únicamente los primeros 3 años. Según SEGEPLAN en 1987 el desempleo total alcanzaba el 44%; el subempleo constituye el principal problema ocupacional del país, 31.7%, además, la fuerza de trabajo se caracteriza por

un bajo nivel de calificaciòn y de instrucciòn. Segùn proyecciones para 1987, la poblaciòn, en cuanto a la distribuciòn del empleo, el 86% corresponde al sexo masculino.

Las condiciones precarias de los grupos sociales que habitan las comunidades rurales reflejan una falla por muchos a'Mos en la adecuada oferta de servicios sociales a estos sectores de la poblaciòn. Ademàs, las influencias negativas, producto de la inequidad en la distribuciòn de los ingresos y en las condiciones de bienestar en general han sido una caracterìstica de la diversidad social y cultural observada en Guatemala.

Poblaciòn.

La poblaciòn de la Repùblica de Guatemala para 1989 se estima en 8,935,394 habitantes que se concentran en una superficie de 108.889 kms2. La parte màs poblada del paìs, es la ciudad de Guatemala con 1.908,085 habitantes que se ubican en un àrea de 2,126 Kms2. El 62% de la pobaciòn vive en 19,000 localidades de menos de 2,000 habitantes y èstas representan el 90% de las localidades del paìs, esta situaciòn dificulta el acceso de la poblaciòn a los diferentes servicios sociales.

El 32.7% del total de la poblaciòn de 1987 fue considerado como urbano, el resto (67.3%), se ubica en el àrea rural.

En cuanto a la distribuciòn, el 50% corresponde al sexo masculino y el 49.4% al femenino, en 1989 se estima que hay 102 hombres por cada 100 mujeres. La poblaciòn menor de 5 aMos constituye el 17.6% de la poblaciòn total, mientras que la menor de 15 aMos representan el 46% aproximadamente 4.1 millones. La mitad de la poblaciòn tiene menos de 17 aMos, el grupo adolescente de 10 a 19 aMos, està conformado por 2.1 millones de jòvenes que representan el 23.6%, casi la cuarta parte de la poblaciòn total. La juventud integrada por poblaciòn de 15 a 24 aMos constituye casi una quinta parte de la poblaciòn (19.4%) con 1.7 millones de personas, mientras que la poblaciòn anciana abarca solamente un 3.1%. Esto da a Guatemala la caracterìstica de un paìs joven, con una pirâmide de base amplia, que indica de inmediato la necesidad de escuelas y cuidados de salud infantil en gran nùmero.

Las mujeres de 15 a 49 años de edad fèrtil para 1989, representaban casi 2 millones de personas, (21% del total de la poblaciòn).

En 1985, el 16% de los nacimientos ocurriò en madres menores de 20 años, mientras que el 79% del total ocurriò en el grupo de madres entre los 20 y los 30 años. Los nacidos en el grupo de madres de 40 años y màs, representan el 5.4%.

La encuesta nacional de salud maternoinfantil 1987, señala que el nùmero de hijos que tendrìa una pareja al final de su periodo reproductivo con los niveles actuales de fecundidad, es relativamente elevado (5.6); sin embargo, hay una tendencia a las intenciones reproductivas en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, el 20% no desea tener màs hijos y en el grupo de 25-29 años, la cifra es de 50%. Estos datos insinùan una demanda potencial grande de servicios de planfiicaciòn familiar.

El nùmero de hogares en donde la mujer es la jefe de familia es de 14.4% con cifras de 1981.

En 1987, hubo un total de 308,307 nacimientos para una tasa de natalidad de 36.5 por 1,000 habitantes y una tasa de fecundidad general de 180 por 1,000 mujeres en edad de procrear. A nivel nacional sòlo el 23% los nacimientos ocurren en hospital, el 77% ocurren en el domicilio.

La esperanza de vida ha ido en aumento para el presente quinquenio (85-90), se estima en 60 años para el hombre y 64 años para la mujer. La mortalidad infantil se ubica alrededor de 65 por mil nacidos vivos. La tasa genral de mortalidad para 1987, se estimaba en 8.1 defunciones por 1,000 habitantes.

La conformaciòn de la poblaciòn por grupo ètncio, segùn el censo de 1981, se integraba con 41.9% de poblaciòn indìgena y 58.9% polaciòn ladina. Respecto a la poblaciòn indìgena, hay marcada diferencia entre los departamentos, desde el 97% en Totonicapàn, 61% en Quezaltenango, 12% en Guatemala y 0.68% en El Progreso.

Situación Política.

El estado guatemalteco se organiza en poderes con esquema clásico liberal; Organismo Legislativo, su principal órgano es el Congreso de la república, integrado por los diputado. Organismo Ejecutivo, sus principales órganos son la Presidencia de la República y los Ministerios de estado, el Consejo de Ministros y el Consejo de Estado. Al Ejecutivo se adscriben entidades descentralizadas. Organismo Judicial, integrado por los tribunales de distinta categoría y la Corte Suprema de Justicia.

El territorio guatemalteco se divide en 22 departamentos y 330 municipios, para efectos administrativos de servicios públicos existen circunscripcicones técnicas, zonas y 8 regiones.

El proyecto político del Gobierno Demócrata Cristiano se centra en consolidar la democracia política a través de un sistema pluralista, desarrollando un proceso de comunicación abierta, de diálogo y concertación; mantiene la autonomía de los poderes públicos y organiza la participación nacional alrededor de los proyectos prioritarios que se indican más adelante.

El Programa de la Reorganización Nacional 1987-1988, ofrece el marco filosófico conceptual para las políticas de salud. Basado en en principio de equidad, el proyecto social define la "deuda social que hay que pagar" como la inversión que siendo necesaria no se ha hecho y debe hacerse en el ser humano, respecto de educación, salud y vivienda.

Proyectos prioritarios:

CONAGUA;

Agua potable para beneficiar 100,000 hogares.

CONRIEGO:

Beneficiar a 10,000 pequeños y medianos agricultores e incorporar 42,500 hectáreas de terreno a la producción a través de riego.

CONTIERRA:

Desarrollar mecanismos financieros para la adquisición de tierras, educación productiva y organización de la producción, para convertir al campesino con o sin tierra, en propietario o socio de unidades de producción dándole la oportunidad de pagar en un plazo adecuado.

CONCAMINOS:

Desarrollar caminos vecinales de apoyo a la producciòn de las comunidades del interior de la Repùblica.

CONALIMENTOS:

Garantizar la disponibilidad de alimentos bàsicos y estimular la producciòn con asistencia tècnica y financiera.

CONAPEX:

Fomentar las exportaciones para apoyar la reactivaciòn econòmica.

CONSALUD:

Bajar los precios de los medicamentos, enfatizar los programas preventivos en los grupos considerados de alto riesgo.

CONSEGURA:

Para dar seguridad a la poblaciòn y disminuir la violencia.

CONEDUCA:

Fortalecer el sistema educativo.

Para que se instrumente el proyecto polìtico, se ha desencadenado un proceso de reforma en la administraciòn de los recursos mediante:

- Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural para materializar en la pràctica cotidiana la democracia participativa.

- La descentralizaciòn de los Ministerios y entidades del Estado que deberàn apoyar la puesta en marcha de los Consejo de Desarrollo Urbano y Rural.

- La regionalizaciòn de la Administraciòn Pùblica.

- La administraciòn de recursos humanos para mejorar los servicios a la ciudadanìa, revalorizando la participaciòn del servidor pùblico en las actividades gubernamentales.

- La evaluaciòn de proyectos para disponer de un programa de inversiòn y preinversiòn con proyectos idòneos a la estrategia de desarrollo.

- La gestión financiera para dinamizar los procesos presupuestarios, contables y de control administrativo-financieros.

- El desarrollo tecnológico para aumentar la productividad.

- La informática, conformar una red de información para aprovechar al máximo los recursos informáticos existentes.

- La comunicación y orden público, para informar a la población el contenido y alcances del programa de reorganización nacional.

El Proyecto Social se orienta a:

1. Ampliación y mejoramiento de la red de servicios básicos, para superar las condiciones de los grupos de extrema pobreza.

2. El mejoramiento de las condiciones de los grupos asalariados a través de la concertación de los servicios de previsión y de seguridad social.

3. El diseño e implementación de una nueva política laboral en el Sector Público.

4. La promoción de la orgnaización de las comunidades.

5. La capacitación social y laboral.

6. La orientación de las políticas de empleo hacia la multiplicación de empresarios.

3. Revisión y análisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Gautemala, en relación al área de Planificación.

3.1 Memorándum Presidencial II (1987-1989).

Las tareas principales de la reorganización nacional, contenidas en el memorándum son:

- Agua potable y agua para riego.

- Tierra.
- Carreteras y caminos vecinales.
- Vivienda.
- Seguridad alimentaria.
- Exportaciones.
- Seguridad urbana.
- Servicios de salud.
- Educaciòn mìnima.

3.2 El Programa de reorganizaciòn Nacional 1987-1988, incluye los siguientes aspectos:

- Deuda social.
- Fondo de inversiòn social.
- Polìtica de empleo.
- Polìtica de ingresos.
- Transporte urbano.
- Polìtica de abastecimiento, precios y calidad.
- Desarrollo cultural.

3.3 Plan de Salud (1987-1991).

En el marco conceptual del Programa de Gobierno de la Democracia Cristiana Guatemalteca, el desarrollo es concebido como un amplio proceso de fenòmenos sociales que afectan las estructuras bàsicas de la sociedad, su cultura y sus instituciones y cuyo objetivo final es elevar el bienestar de todos los guatemaltecos, tanto en los aspectos nateriales, como culturales y espirituales. Con esta perspectiva la salud adquiere un caràcter prioritario para el proceso de desarrollo, pues no sòlo canaliza sus estilos y forma de impacto, sino que tambièn se orienta a los recursos màs trascendentes del pais: El hombre y su comunidad.

Siendo la salud un componente del perfil de bienstar, debe ncesariamente incorporar dimensiones intersectoriales y esto produjo el planteamiento de polìticas y estrategias que armonizaràn con los otros componentes que contribuyen al desarrollo global y al estableci-

miento de un sistema nacional de salud con política unitaria.

De acuerdo a los planteamientos del **Plan Nacional de Desarrollo 1987-1991**, los grandes lineamientos que fundamentan las políticas y programas de Gobierno responde a una filosofía donde el individuo y la sociedad son objeto y sujeto de su propio desarrollo respetando la dignidad humana, la justicia social y el bien común. Asimismo se sustenta la ideología en el desarrollo cultural y el reencuentro con la democracia: Una democracia pluralista y participativa en donde lo social debe privar sobre lo individual, sin enajenar el valor del individuo y la vigencia plena de los derechos humanos. En tal virtud, los elementos y marco de referencia para el desarrollo de las acciones de salud se rigen por:

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

Su camino:

El desarrollo debe partir de un diagnóstico de las necesidades de los guatemaltecos y de la verdadera vocación productiva del país, debiendo establecer un equilibrio armónico entre desarrollo económico y desarrollo social.

Sus dimensiones:

- Más democracia política, porque no hay progreso sin libertad ni seguridad ciudadana; más crecimiento económico, porque no hay paz sin comida ni empleo, y más justicia social, porque no hay tranquilidad con desigualdades extremas.

u dinámica:

- El desarrollo concertado como principio de Gobierno;
- La participación como forma de vida que abarca la totalidad de los aspectos de la actividad humana; y,
- La regionalización como instrumento de aplicación de las políticas en el ámbito nacional.

Sus elementos básicos:

- Desarrollo del hombre, basado en la capacidad de nosotros mismos;

- Reforzar los micro gobiernos, para reordenar las responsabilidades del Estado;

- Región empresas, para la participación efectiva de las fuerzas productivas.

- Multiplicación empresarial; tendiente a superar el desequilibrio en los ingresos; y,

- Multiplicación de mercados, para crecer y proyectarnos.

Sus programas:

- Desarrollo concertado.

- Plan de apoyo internacional.

- Descentralización.

- Aplicación de Constitución y Legislación de apoyo.

- Programa de promoción humana.

- Regionalización.

- Cruzadas nacionales.

- Reformas jurídico-políticas.

Sus etapas:

- Emergencia nacional.

- Estabilización político-económica.

- Desarrollo social

En la primera etapa se hace énfasis en el reordenamiento político en tres dimensiones:

- La prioridad política, que significa la implantación del estado de derecho y de unidad nacional.

PLAN DE SALUD.

En el marco conceptual del Programa de Gobierno, la salud adquiere un carácter prioritario para el proceso de desarrollo, pues no solo canaliza sus estilos y formas de impacto, sino también se orienta a los recursos más trascendentes del país: **el hombre y su comunidad**, por lo cual la salud de nuestro pueblo depende no sólo de los **Servicios de Salud**, sino también de la medida en que se satisfagan sus necesidades básicas, tales como alimentación, vivienda, saneamiento ambiental, educación y empleo. En tal virtud la salud es un componente del perfil de bienestar y necesariamente debe incorporar dimensiones intersectoriales, con políticas, estrategias y programas altamente armonizados con los otros componentes que contribuyen al desarrollo global y al establecimiento de un sistema nacional de salud con política unitaria tendiente a evitar la duplicidad y dispersión de esfuerzos, así como la utilización eficiente de los recursos.

Su propósito.

Procurar para todos los guatemaltecos los más altos niveles de bienestar físico, mental y social a través de acciones organizadas e integradas de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de salud, con el fin de que pueda disfrutar de una vida satisfactoria y participar activamente en el desarrollo económico y social de la nación.

Sus principios.

1. La salud es un componente del perfil de bienestar, alcanzando dimensiones intersectoriales.

2. Las acciones de salud deben armonizar con los otros componentes que contribuyen al desarrollo global.

3. La incorporación del sistema institucional y comunitario hacia un fin común, exige una política unitaria de salud.

4. Orientar las acciones a las necesidades más ingentes de la población, especialmente a los sectores que históricamente no han alcanzado las condiciones mínimas de bienestar.

Sus objetivos generales.

1. Reducir las tasas de morbi-mortalidad.

2. Desarrollo de los procesos de planificaciò, programaciòn y evaluaciòn de las acciones de salud.

3. Incrementar las **actividades de cooperaciòn tècnica** entre paìses en desarrollo.

4. Establecer mecanismos adecuados para coordinaciòn.

Sus objetivos especìficos.

1. Fortalecer y agilizar la estructura y la organizaciòn del sistema de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia.

2. Fortalecer los programas de atenciòn mèdica integral, incrementando al mismo tiempo la atenciòn primaria de salud, con tecnologìa apropiada, y la utilizaciòn racional del sistema de referencia.

3. Mejorar las condiciones sanitarias del medio fìsico para proteger a la poblaciòn de la contaminaciòn y otros riesgos ambientales.

4. Mejorar el estado nutriconal de la poblaciòn del paìs, poniendo ènfasis en el desarrollo de acciones dirigidas a los grupos de poblaciòn de escasos recursos econòmicos, y especialmente a la poblaciòn infantil, preescolar y escolar.

5. Erradicar o controlar las enfermedades transmisibles o prevenibles, manteniendo un sistema eficaz de vigilancia epidemiològica y dando atenciòn prioritaria a aquellas enfermedades que màs daño causan al bienestar de la poblaciòn y al desarrollo econòmico-social del paìs.

6. Promover el òptimo desarrollo fìsico, mental y social del niño durante todas las fases de su crecimiento a partir de la concepciòn, y ofrecer a la madre atenciòn oportuna y adecuada, especialmente durante el embarzo, parto y puerperio.

7. Racionalizar el desarrollo de recursos humanos en el campo de la salud en concordancia con las necesidades

de los programas y los servicios.

8. Fomentar el desarrollo de investigaciones operativas y de tecnología apropaida que contribuyan a mejorar la atención de salud en el país.

9. Poner al alcance de todos los guatemaltecos, medicamentos bàsicos de calidad garantizada y costos razonables, utilizando para ello los mecanismos tècnicos y administrativos que se requieran.

10. Aprovechar en forma òptima la cooperación internacional, bilateral y de las organizaciones no gubernamentales integrando su participación al desarrollo de los planes y programas nacionales de salud.

3.4. **Resuelve:**

1. Instar a los países de la Subregión para que incrementen los esfuerzos con el fin de lograr el fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios, como procesos integrales y planificados de cambio, de forma que contribuyan al desarrollo institucional y eviten los crecimientos parcilaes y desordenados de àreas o instancias de los sistemas de salud

2. Apoyar la aplicación de las políticas de descentralización y de la estrategia de desarrollo de los sistemas locales de salud, y recomendar la canalización prioritaria de los recursos para vigorizar los esfuerzos nacionales con el fin de fortalecer los servicios de salud.

3. Promover acciones orientadas a la coordinación e integración entre las diversas instituciones del sector para una mayor y mejor uitlización de los recursos, particularmente entre los Ministerios de Salud y las instituciones de Seguridad Social; esto redundarà en el desarrollo de los procesos fundamentales de conducción sectorial, de descentralización, de desarrollo de los sistemas locales de salud y de la capacidad gerencial.

4. Apoyar la adecuación de los modelos de atención y la vigorización del proceso nacional de desarrollo de la capacidad gerencial con un enfoque integral y coordi-

nado, procurando que èste catalice los mùltiples recursos de cooperaciòn externa disponibles para estos temas; utilizando para ello el apoyo que ofrece el Proyecto Subregional de Desarrollo de la capacidad Gerencial.

5. Abordar los procesos de capacitaciòn en gerencia como un componente del desarrollo de la capacidad gerencial en interaccion con los otros componentes de èsta, de manera integral y acorde con las prioridades de cada paìs.

6. Aprobar en todas sus partes la propuesta del "Seminario sobre Gerencia para lìderes del Sector Salud", que ha elaborado el Instituto Centroamericano de Administraciòn de Empresas (INCAE) para el Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial, debiendo autorizarse la participaciòn de los funcionarios que acrediten el perfil ocupacional exigido.

3.5 Plan Maestro de Desarrollo Institucional.

Imagen objetivo de desarrollo institucional.

El desarrollo institucional, como proceso de cambio dirigido y controlado, habrà de promoverse, conducirse, ejecutarse y evaluarse en tèrminos de su relaciòn dinàmica ante la realidad de la situaciòn actual o punto de partida y el modelo del futuro deseable o punto de llegada, se entiende como un esfuerzo constante de bùsqueda y consecusiòn planificado, sistematizado y participativo de nuevos y mejores niveles de desarrollo. Por ello, partiendo de un anàlisis de la situaciòn, se estableciò una imagen objetivo constituìda por objetivos y estrategias de todos los componentes que determinan el proceso de cambio necesario para cerrar la brecha entre la ealidad y la deseabilidad con criterios de factibilidad.

Objetivo general:

Establecer las bases normativas, estructurales y funcionales que garanticen un desenvolvimiento ordenado y eficiente del Ministerio de Salud, a fin dè que esto optimice los recursos y desarrolle adecuadamente su funciòn social.

La imagen objetivo se operacionaliza en las matrices de planificaciòn para cada componente del Modelo de

Desarrollo Institucional del Ministerio, como sigue en el Anexo 1.

4. Anàlisis del proceso de planificaciòn en el Ministerio de Salud Pûblica y Asistencia Social.

El proceso de planificaciòn gubernamental en Guatemala, en los ûltimos 10 años ha tenido altibajos que han repercutido en los diferentes Ministerios, como ejemplo en 1982, la Secretarìa General del Consejo Nacional de Planificaciòn Econòmica es reducida a la mitad, trayendo como consecuencia en los años posteriores una depresiòn del proceso de planificaciòn.

No obstante en este Gobierno Democràtico a partir de 1986, el Ministerio de Salud Pûblica y Asistencia Social, en base al marco legal contenido en la Constituciòn Polìtica de la Repûblica y a los proyectos generales del gobierno, promulga el Plan de Salud en 1987, cuyas polìticas y àreas programàticas han sido discutidas por el grupo.

Los problemas de salud de Guatemala casi no han variado en la ûltima dècada, motivo por el cual las actuales polìticas de salud son similares a las de los planes de salud anteriores siendo importante hacer notar, que de las 5 polìticas existentes, la màs innovadora es la Polìtica de Desarrollo Institucional, puesto que busca modernizar la Administraciòn Sector Salud, para que èste pueda participar como un pilar fundamental en la recuperaciòn de la deuda social al pueblo de Guatemala.

En abril de 1988 con motivo de operarse un cambio en la gestiòn ministerial, se reagrupan las àreas programàticas para que sirvan de sustento al Plan Operativo 1989 y de esta manera poder encaminar la Direccionalidad del Ministerio de Salud Pûblica y Asistencia Social hacia el desarrollo de la salud en Guatemala.

Como un complemento a los planes de slaud referidos anteriormente, en el mes de septiembre de 1988, se oficializa el Plan Maestro de Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud Pûblica y Asistencia Social, para poder sustentar de una manera màs amplia la Polìtica de Desarrollo Institucional.

Polìticas y prioridades del Sector:

- <u>Polìtica de aumento de cobertura:</u>

  La polìtica sustantiva del plan de salud es alcanzar

la cobertura total iniciando acciones ràpidamente y buscando la consolidaciòn dentro del tiempo polìtico, mediante la ejecuciòn de planes operativos anuales. El propòsito de esta polìtica es extender los servicios en cantidad y claidad para satisfacer las necesidades màs ingentes de la poblaciòn, especialmente de los sectores sociales que històricamente no han alcanzado las condiciones mìnimas de bienestar.

- Polìtica de proteccìòn, conservaciòn y mejoramiento de la salud ambiental.

Se considera dentro de marco integral de acciones intra y extrasectoriales que implica el fortalecimiento de los programas de saneamiento ambiental enfatizando acciones en los grupos de poblaciòn menos protegidos y de menores recursos lo que conlleva el impulso de los programas de dotaciòn de agua potable y saneamiento bàsico dentro de una cobertura nacional de acciones a travès del fortalecimiento estatal, regional y descentralizado de los programas de saneamiento ambiental con participaciòn de la comunidad.

- Polìtica de alimentaciòn y nutriciòn.

Establece el marco integral para las acciones tendientes a mejorar las condiciones nutricionales de la poblaciòn, para alcanzar la autosuficiencia en materia de alimentos y lograr que la nutriciòn y alimentaciòn estè al alcance de todos los estratos sociales. Contarà con el apoyo de los programas de regionalziaciòn productiva y descentralizaciòn administrativa. El Sector Salud especìficamente orienta sus acciones a la prestaciòn de servicios de educaciòn y recuperaciòn nutricional, la atenciòn especializada de casos de vigilancia en el cumplimiento de la ley; asì como llevar a cabo el control de la calidad de los alimentos y promover la investigaciòn e incorporaciòn de tecnologìa apropaida para el desarrollo de los programas afines a esta polìtica.

- Polìtica de desarrollo institucional y administraciòn del Sector.

Reviste caracterìsticas intersectoriales en las cuales el Estado busca superar los problemas a corto plazo y modernizar la administraciòn pùblica mediante un plan de actividades concertadas y dirigidas a mejorar la capacidad operativa de las entidades ejecutoras de los programas prioritarios de trabajo.

Para mejorar la eficiencia y eficacia en el funcionamiento del Sector Pùblico, sobre todo en la prestaciòn de servicios a la poblaciòn.

Se propugnarà por el mejoramiento de la capacidad operativa, la descentralizaciòn econòmica y administrativa, la preparaciòn de recursos humanos para la eficiente ejecuciòn de los programas y proyectos, la regionalizaciòn funcional de la red de servicios, el fortalecimiento de la investigaciòn tecnològica y operativa el establecimiento de los mecanismos de coordinaciòn y de acciòn integral intra y extrasectorial.

- Politica de infraestructura fìsica del Sector Salud:

Como lineamiento bàsico, acorde a los requerimientos del desarrollo productivo y social del paìs, sus acciones bàsicas deberàn ajustarse a las necesidades màs ingentes de la poblaciòn guatemalteca, para beneficio especialmente de todos aquellos sectores sociales que històricamente no han alcanzado las condiciones mìnimas de bienestar.

Las acciones de esta polìtica se orientan a mantener en buen estado los edificios y equipo del sector mediante la reposiciòn, remodelaciòn, reparaciòn y mantenimiento. Los proyectos de desarrollo de la infraestructura fìsica deberàn estar acordes con programas locales, regionales y nacionales definidos, evitando la ejecuciòn de obras que conlleven a instalaciones mèdicas innecesarias y que no estèn acordes con el desarrollo productivo y social del paìs.

4.1 Programas prioritarios a ejecutarse en el corto plazo.

Areas programàticas:

1. Desarrollo administrativo.

Programas

1.1 Organizaciòn administrativa.
1.2 Regionalizaciòn de servicios.
1.3 Descentralizaciòn administrativa.
1.4 Desconcentraciòn presupuestaria.

2. Atenciòn asistencial.

2.1 Mejoramiento de la atenciòn hospitalaria.
2.2 Dotaciòn de equipo mèdico hospitalario.
2.3 Mantenimiento hospitalario.
2.4 Sistema de administraciòn financiera de los hospitales nacionales.
2.5 Auditorìas mèdicas.
2.6 Programa de medicinas baratas.

3. Atención preventiva.

3.1 Inmunización infantil.
3.2 Atención materno-infantil.
3.3 Salud escolar.
3.4 Control de malaria.
3.5 Saneamiento ambiental.

4. Creación de unidades rurales de salud integral (URSI).

4.1 Formación de promotores rurales de salud.
4.2 Formación de comadronas tradicionales.
4.3 Formación de comités locales de salud.
4.4 Creación de puestos de salud.

5. Apoyo logístico a centros y puestos de salud.

5.1 Dotación de equipo mínimo.
5.2 Dotación de medicamentos.

6. Desarrollo del recurso humano.

6.1 Desarrolo de la capacidad de gestión.
6.2 Desarrollo de aspectos legales y laborales.
6.3 Plan de becas al exterior.
6.4 Desarrollo de la carrera administrativa.

7. Aprovechamiento del financiamiento externo.

7.1 Capacitación en planificación y formulación de proyectos.
7.2 Elaboración del inventario de proyectos.
7.3 Capacitación en negociación de préstamos externos.
7.4 Capacitación en ejecución y administración de proyectos.

8. Promoción y divulgación.

8.1 Campaña de educación en salud.
8.2 Campaña sobre la mística y el compromiso de las instituciones y trabajadores en Salud Pública.
8.3 Campaña de proyectar a la opinión pública los objetivos y logros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

5. Revisión de la Cooperación Técnica con la información de **Proyectos, Actividades del período 1986-1989.**

La aprobación de una nueva constitución política en 1985, el cambio de Gobierno y de Proyecto Político en 1986

imprimieron una direccionalidad diferente a los programas sociales y a la cooperación técnica, lo que se tradujo en la definición de nuevas prioridades relacionadas con los mandatos constitucionales de regionalización del desarrollo económico y social, con participación de la comunidad y el de descentralización de los servicios públicos.

La aplicación de dichas políticas al sector salud modificó el contenido del programa de cooperación técnica para incluir actividades de apoyo tales como la preparación de un Plan Maestro de Desarrollo Institucional; la definición conceptual, política y legal de la descentralización y desconcentración; reorganización del Ministerio de Salud Pública; organización de las nuevas Direcciones Regionales de Salud; desconcentración presupuestaria; elaboración de una metodología de programación local y fortalecimiento de la planificación; fortalecimiento de la infraestructura de los servicios locales de salud; desarrollo de la capacidad gerencial.

La cooperación técnica se ha hecho extensiva al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y a la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República, en relación con acciones de articulación intrasectorial, desarrollo institucional y fortalecimiento de servicios de salud, desarrollo de la capacidad gerencial.

Especial atención se ha dado, en los años 1988 y 1989, a los hospitales que, en Guatemala, están desarticulados del sistema de servicios. Se ha impartido capacitación para promover el rol del hospital en la Atención Primaria su articulación con los demás servicios locales; diseño e implantación de metodologías de información y control, mejoramiento de los registros médicos, análisis de la referencia.

Para el año 1989, se ha prestado cooperación a las siguientes prioridades definidas por los programas nacionales:

- Implementación de la Atención Primaria de Salud a través de la estrategia de canalización en las Regiones del país.

- Capacitación de personal gubernamental y no gubernamental y personal comunitario para participar en la Atención Primaria de Salud.

- Participación del personal hospitalario entrenado en la Atención Primaria.

- Desarrollo de los sistemas de Programación Local, Evaluación y Supervisión incrementando la integración y

coherencia entre sì y con los planes de capacitaciòn.

- Implementar en Areas de Salud seleccionadas la estrategia de SILOS.

- Descentralizaciòn de Servicios de Salud.

- Desarrollo institucional del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; de la Secretarìa de Bienestar Social y de otras entidades del Sector.

- Desconcentraciòn de los sistemas administrativos del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social.

- Regionalizaciòn de los Servicios de Salud.

- Revisiòn de la organizaciòn del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social en relaciòn con la regionalizaciòn de servicios, con la desconcentraciòn de sistemas administrativos y con la articulaciòn intra y extrasectorial.

- Fortalecimiento de la capacidad institucional y sectorial para el anàlisis y planificaciòn econòmico-financiera de las acciones de salud.

- Fortalecimiento del sistema de informaciòn gerencial del Ministerio de Salud Pùblica.

- Capacitaciòn gerencial en diferentes niveles del Ministerio de Salud Pùblica.

6. Discusiòn de grupo.

Se abriò la discusiòn para evaluar la cooperaciòn tècnica globalizando los aspectos de: Consultorìa, Capacitaciòn, Administraciòn de Conocimientos y de Recursos; en las àreas de desempeño de: a) Planificaciòn, programaciòn y direcciòn; b) Informàtica; y, c Regionalizaciòn, Desconcentraciòn, Descentralizaciòn y Desarrollo Institucional.

Del debate anterior se obtuvieron las conclusiones que se detallan a continuaciòn:

1. Conclusiones generales aplicables a OPS/OMS y a otras agencias de cooperaciòn internacional.

1.1 Las cooperaciones en general, tienen la tendencia a sobreidentificarse, unas en mayor grado que otras.

1.2 Las cooperaciones se han tipificado en general por el hecho de que no se han insertado sistemàticamente dentro del proceso de la salud en Guatemala.

1.3 En los ùltimos años las cooperaciones han tenido tendencia a la "factorizaciòn". instalàndose como programas o proyectos verticales que trabajan para objetivos propios de esos programas o proyectos, llegando el caso de que hasta se llega a perder la identidad, en virtud de que los proyectos de cooperaciòn sustituyen a lo nacional.

1.4 Se han tipificado por ser actividades demasiado específicas, a tal grado que ùnicamente los consultores de las agencias y el escaso personal nacional que labora como contraparte, està enterado de las acciones que se llevan a cabo, las cuales no logran formar parte del sistema, y cuando se termina el programa o proyecto, el personal de contraparte se diluye en otras tareas del quehacer de salud.

1.5 No se hace una difusiòn adecuada de los productos de las cooperaciones, motivo por el cual quedan como ensayos acadèmicos que no logran provocar impactos dentro del sistema.

1.6 En muchos casos no se ajustan al perfil epidemiològico del país, buscando espacios de actuaciòn de manera desorganizada, correspondiendo màs a sustentar diplomàticamente las acciones de índole político que de caràcter tècnico.

1.7 A veces las cooperaciones son de tinte impositivo o autosuficiente, pudiendo señalar que en muchas oportunidades los consultores traen documento prefabricados para que las contrapartes nacionales ùnicamente llenen informaciòn.

1.8 Las cooperaciones muchas veces son proporcionadas en èpocas de mayor conveniencia para la agencia que para el país, pudiendo notar que en la èpocas en que los consultores no pueden ser utilizados en otros países, nos saturan de ellos en el país.

1.9 En materia de consultores a veces no se envía a las personas idòneas, siendo las consultorías inconsistentes; y en materia de utilizaciòn de recursos se ha mal acostumbrado al personal nacional a no utilizarlos adecuadamente.

1.10 La cooperaciòn internacional debe ser màs audaz para poder penetrar directamente al sistema (debiendo de manejarse "con arte y no solamente como ciencia").

Conclusiones sobre la planificaciòn, programaciòn y conducciòn.

1. Para desarrollar la salud en Guatemala se necesita tener una adecuado sistema administrativo del sector que considere adecuadamente sus fases de planificaciòn, organizaciòn, conducciòn, supervisiòn y evaluaciòn; dentro de lo cual es la funciòn de planificaciòn quièn debe tener la primacìa.

2. Existen debilidades en la parte nacional y en la parte de la cooperaciòn.

3. Nuestro paìs carece de un adecuado sistema nacional de planificaciòn, motivo por el cual el sector salud y el Ministerio del ramo, adolecen de una planificaciòn sistematizada en todos sus aspectos y especialmente en lo que respecta al curso humano.

4. En el nivel central del Ministerio (USPAS) se han hecho esfuerzos propios para conformar planes de salud, como ejemplo el POA, 1989, pero estos no han sido utilizados en la conducciòn.

5. La conducciòn se ha tenido que hacer coyunturalmente, sin sistematizaciòn y dentro de un clima anàrquico.

6. No existe una adecuada coordinaciòn entre las acciones de planificaciòn, programaciòn local y conducciòn.

7. Todas las dependencias del Ministerio de Salud señalan que sienten un vacio en los aspectos de planificaciòn y conducciòn, lo cual les deja una sensaciòn de inseguridad, de "no saber en que apoyarse para trabajar".

8. En el campo de la planificaciòn se tiene obstàculos y limitaciones de aspecto polìtico, financiero y de estabilidad de personal

9. En la mayorìa de funcionarios se observa poco compromiso para actuar con la tendencia a resolver los problemas del paìs y de actuar sistemàticamente.

10. No existe coordinaciòn entre las acciones de planificaciòn y programaciòn de las distintas instituciones del sector, ni entre las dependencias del Ministerio de Salud.

11. En la actualidad la planificaciòn se hace del nivel central hacia los niveles operativos y la tendencia deberà ser a la inversa, del nivel local al nivel central.

12. Los programas en el nivel local no se dan con caràcter de integralidad, sino que responden a las "ISLAS", que se han generado en el nivel central.

13. Los diferentes programas y proyectos se van dando por "añadidura" y no como una verdadera respuesta a la problemàtica del país, y esa añadidura se da en muchos casos por el propio estìmulo de la cooperaciòn.

14. El grupo ha llegado a pensar que nuestra propia cultura no es proclive a trabajar en equipo y sistematizadamente, lo cual en muchos casos nos hace accionar desordenadamente, pensando que los funcionarios no estamos educados para recibir cooperaciòn, ni los consultores para darla, en muchos de los casos.

15. En lo que respecta a la cooperaciòn de OPS/OMS en el àrea de planificaciòn, vemos que la misma ha estado ausente en los ùltimos 8 años.

16. La cooperaciòn de OPS/OMS ha estado presente en los años 1987-1988-89 en programaciòn local, pero la misma se ha subutilizado, no ayudado a superar las crisis locales.

17. La cooperaciòn que se brindò para elaborar los planes operativos anuales 87-8888, fue ùnicamente en materia de apoyo econòmico, produciendo documentos extemporàneos y sin utilidad para el proceso de conducciòn ni para sustentar presupuesto.

18. La estrategia de los consultores para penetrar el sistema, en tèrminos generales no ha sido eficaz para que èste se transforme y se puedan producir impactos, quedando por lo general la producciòn de documentos.

19. Las diferentes agencias no planifican coordinadamente su cooperaciòn.

20. En materia de planificaciòn hay que dar un viraje fuerte, para planificar sistemàticamente y con enfoque estratègico incluyendo el respectivo anàlisis situacional permanente; logrando dentro de esa sistematizaciòn, que en el nivel local se pueda hacer programaciòn por objetivos.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
NUTRICION Y SALUD
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería.
durante los días 10 y 11 de julio de 1.989.

Guatemala, julio - agosto de 1.989.

Nutriciòn y Salud.

Participantes:

Sr. Roberto Aldana	DGSS
Dr. Francisco Josè Arenas	DGSS
Sr. Luis Ismael Ariza	DGSS
Lcda. Dalia Margarita de Catasñeda	DGSS
Dr. Napoleòn Dìaz	IGSS
Lcda. Clara Aurora Garcia Gonzalez	USAC
Lcda. Ruth Elena Giron de Arango	
Lcda. Celeste de Guerra	DGSS
Lcda. Nictè de Hernàndez	Ministerio de Educaciòn

Moderador: Dra. Alma Aida Hernàndez

Relator: Lcda. Clara Aurora Garcìa

Consultor: Dr. Adan Montes

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE NUTRICION Y SALUD

1986 - 1989

1. Propósito.

1.1 Evaluar la cooperación técnica recibida por el país en el área de Nutrición y Salud, proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar líneas de acción para la cooperación técnica a recibir en el futuro.

2. El Problema.

La desnutrición es sólo una de las muchas manifestaciones de la pobreza y determina por el nivel y calidad de vida de la población a su vez es uno de los factores condicionantes del desarrollo social y económico.

Estudios recientes de SGCNPE/INCAP indican que entre el 70 y 90 % de los niños menores de 5 años de edad sufren de algún grado de desnutrición, este es un indicador en la mayoría de los casos, del estado de subalimentación de las familias de donde estos niños pertenecen.

En 1983 el déficit calórico per-cápita diario con respecto a las recomendaciones dictadas por la FAO fue del 12%.

Mientras que otros países con similares grados de desarrollo han logrado mejorar la situación alimentaria de sus habitantes en las dos décadas que van de 1960 a 1980, en Guatemala existen evidencias hambre y quienes la padecen con mayor severidad siguen siendo los niños. La desnutrición infantil afecta al grado que un tercio de este sector de la población padece retrasos en peso, y un cincuenta por ciento en talla. En adición, la generalidad de la población de escasos recursos ha sido victima de la escasez de los alimentos básicos; la producción nacional no ha logrado la suficiencia necesaria y, aún con la ayuda externa, el país se ha visto limitado en productos básicos como el maiz y el frijol dando como resultado la INSEGURIDAD en el sustento diario que se traduce en especulación e inestabilidad en precios para el consumidor y el productor.

A pesar de los logros alcanzados en la estabilización de los precios con el Programa de Reordenamiento Económico y Social de corto plazo, el abastecimiento de los productos básicos es aún incierto, lo que crea presión inflacionaria. Por otra parte, no existe un programa que garantice al consumidor que por precios iguales, adquiere productos de igual calidad.

Estado nutricional

El estado nutricional en niños escolares se ha utilizado como indicador en Guatemala para evaluar las condiciones de vida de la población, especialmente en etapas tempranas de la vida. Se ha señalado que bajos ingresos y mala distribución condicionan el acceso de la población a los alimentos; asimismo, se han citado factores como utilización inadecuada, costumbres, creencias y tradiciones sobre hábitos alimentarios también como factores negativos.

Los resultados del censo nacional publicados en septiembre de 1986 involucran escolares del primer grado o niños entre 6 y 9 años de edad; se encontró que el porcentaje de niños con desnutrición alcanzó la cifra global de 37.4%; en algunos departamentos se infiere afectada la mayoría de los niños censados: Sololá con 64.6%, Totonicapán 60.9%, Baja Verapaz con el 52.9%, El Quiché con 52.9%, Chimaltenango 52.0% y Huehuetenango con el 51.8%.

3. Revisión y análisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relación con el área de Nutrición y Salud.

3.1 Política de alimentación y nutrición, planes y programas del Gobierno Demócrata Cristiano.

3.1.1 Dentro del modelo integral de desarrollo propuesto por la Democracia Cristiana y apoyada por los programas de regionalización productiva y descentralización administrativa se contemplan los siguientes objetivos:

- Alcanzar la autosuficiencia en materia de alimentos;
- Mejorar las condiciones nutricionales de la población de escasos recursos;

- Regionalizar al país en zonas especializadas en la producción de alimentos;

- Lograr que la nutrición y alimentación al alcance de todos los estratos sociales;

Se propone la ejecución de proyectos productivos en las áreas rurales y marginales urbanas en base a la concertación de alimentos por trabajo tales como: construcción de caminos rurales; introducción de agua potable; drenajes, pozos y alcantarillados; lotes urbanizados y vivienda mínima y mercados, silos y rastros.

3.1.2 Regionalización de la Producción y Comercialización de Alimentos Básicos:

- Ejecución de políticas de producción sobre la base de diez productos básicos.

- Diversificación de la producción en alimentos a través de la adecuación de nuevas tecnologías y capacitación del trabajador.

- Creación de zonas especializadas en la producción de alimentos de acuerdo a las condiciones ecológicas y potencialidad de los suelos de las diferentes regiones.

- Reorganizar la comercialización de alimentos básicos a través del fortalecimiento de los canales de distribución, puestos de venta y multiplicación de empresarios.

- Construcción de bodegas de almacenamiento y silos para el acopio de granos básicos.

- Facilitar la adquisición de insumos nacionales e importados para la producción de alimentos básicos.

- Impulsar el cultivo del maíz con alto grado de proteína, así como la investigación y

producción de granos básicos de variedades mejoradas con alto valor nutritivo.

3.1.3 Vigilancia Nutricional.

- Recuperación nutricional infantil a traves de:
  a) Transferencia de alimentos
  b) Refacción escolar

- Desarrollo de programas de producción y consumo de alimentos de alto nivel protéico, calórico, vitamínico y mineral.

- Desarrollo de programas nutricionales a madres de escasos recursos.

Centros de Educación Nutricional:

- Capacitación y educación nutricional.

- Creación de centros de información e investigación nutricional.

- Incorporación de nuevas tecnologías que aumenten los niveles nutricionales de la población.

3.2 Memorándum Presidencial II (1987-1989).

Garantizar que los consumidores dispondrán de los productos alimenticios básicos en la cantidad suficiente y en forma permanente. De igual manera, estimular la producción nacional de alimentos mediante precios estables que retribuya el esfuerzo de campesinos y empresarios agrícolas . A lo anterior debe sumarse la gestión permanente de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales por conseguir y utilizar óptimamente la mayor cantidad de ayuda alimentaria externa que los países amigos están dispuestos a brindarnos hasta que logremos la autosuficiencia. Esto

es especialmente aplicable a los siguientes productos: maíz, frijol, arroz, huevos, carne de pollo, carne de pescado, medicinas básicas, leche, pan y aceite.

Esta tarea estará a cargo de un Grupo de Acción, apoyado directamente por el Sector Público Agrícola y Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural, con la colaboración de las organizaciones no gubernamentales que administran programas alimentarios y las organizaciones de vecinos.

El Gobierno asistirá técnicamente y financieramente a los productores de alimentos básicos y agilizará las importaciones via compra y obtención de donaciones de los artículos que complementen y suplementen las diferencias de producción interna.

3.3 Programa de Reorganización Nacional 1987-1988.

Asegurar el abastecimiento de productos básicos a precios accesibles a los grupos de mayoritarios de la población; lograr, gradual y progresivamente la garantía de calidad de los productos que se producen y/o comercializan en el mercado nacional e incorporar a las organizaciones de productores, comerciantes y consumidores al proceso.

<u>Proceso de trabajo:</u>

1. Garantizar una libre participación de los agentes económicos en el mercado, asegurando la aplicación, por parte del estado, de mecanismos de regulación que garanticen el abastecimiento en el corto y el mediano plazo.

2. Establecer una politica indicativa de precios sugeridos en casos de emergencia.

3. Participación por parte de las entidades del Estado correspondientes, en la comercialización de productos vía precio y abastecimiento, como un agente de comercio con criterios estabilizadores.

4. Apoyo a las entidades encargadas de promover las organizaciones de comerciantes y de consumidores en todo el país.

3.4 Plan de Salud (1987 - 1991).

3.4.1 Política de alimentación y nutrición:

Establece el marco integral para las acciones tendientes a mejorar las condiciones nutricionales de la población, para alcanzar la autosuficiencia en materia de alimentos y lograr que la nutrición y alimentación esté al alcance de todos los estratos sociales. Contará con el apoyo de los programas de regionalización productiva y descentralización administrativa. El Sector Salud específicamente orienta sus acciones a la prestación de servicios de educación y recuperación nutricional, la atención especializada de casos y vigilancia en el cumplimiento de la ley de yodización de la sal para consumo humano y fortificación y enriquecimiento del azúcar con Vitamina "A", con prevención del bocio, la ceguera y otros trastornos derivados, así como llevar a cabo el control de la calidad de los alimentos y promover la investigación e incorporación de tecnología apropiada para el desarrollo de los programas afines a esta política.

3.4.2 Area de nutrición y alimentación:

Esta área comprende actividades especialmente de coordinación intersectorial, para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

Sus componentes son:

Mejoramiento de la situación de nutrición, sistema de vigilancia epidemiológica y fortalecimiento y enriquecimiento de los alimentos y adecuada utilización de los mismos.

a. Mejoramiento de la situación nutricional

Este componente contiene la adopción de medidas encaminadas a aumentar la disponibilidad y mejora del consumo de alimentos basicos, combinadas con

actividades específicas para prevenir y corregir la mal nutrición, especialmente en los grupos de población más vulnerables, siendo esencial la coordinación de actividades con otros sectores, especialmente Agricultura y Educación y lograr también la participación activa del individuo, la familia y la comunidad.

Las actividades que se efectuarán son:

Desarrollo de planes intersectoriales de alimentación y nutrición.

Fomento y desarrollo del componente de nutrición en la atención primaria de salud, mediante el fortalecimiento de actividades de educación en la comunidad, para promover actitudes y hábitos positivos en lo concerniente a nutrición y alimentación. Por otra parte se fomentarán y desarrollarán proyectos de investigación operativa sobre alimentos y nutrición en atención primaria, así como se difundirá información sobre experiencias útiles. Finalmente se desarrollarán actividades de alimentación y nutrición, integradas con caracter intersectorial a nivel de la comunidad.

Promoción y apoyo de actividades relacionadas con la prevención y control de enfermedades y problemas de salud debidos a deficiencias nutricionales específicas; para esto se diseñarán investigaciones operativas sobre la eficiencia de las actividades contra las enfermedades causadas por deficiencias nutricionales y se desarrollarán y evaluarán programas de prevención de deficiencias nutricionales tales como alimentación complementaria, lactancia materna y alimentación de lactantes, suplementos de hierro y vitaminas durantes la gestación, enseñanza de nutrición y orientación dietética a personas con problemas de salud debidos a la obesidad, y también se fortalecerán las actividades de alimentación dieté-

tica en programas institucionales y comunitarios de salud.

Desarrollo de recursos humanos, estableciendo pautas para la formación de personal en materia de nutrición y fomentando el contenido de los programas de adiestramiento en salud.

b. Sistema de vigilancia epidemiológica del estado nutricional.

Este componente deberá incorporar dentro de dicho sistema de vigilancia, los elementos necesarios de diagnóstico que permitan disponer de la información oportuna de la situación de nutrición de la población.

Sus actividades son:

Diagnóstico y evaluación del estado de nutrición y alimentación; Aplicación de indicadores y técnicas sencillas para evaluar la situación nutricional; Establecimiento de métodos simplificados para planificar y realizar encuestas de alimentos y nutrición en grupos socieconómicos seleccionados, y vigilancia y evaluación de la eficacia de las actividades relacionadas con la nutrición.

c. Fortalecimiento y enriquecimiento de los alimentos y adecuada utilización de los mismos.

Este componente se refiere a la prevención y control de las enfermedades nutricionales, infecciosas y parasitarias, para asegurar la mejor utilización biológica de los alimentos, así como también a las actividades tendientes al enriquecimiento y fortalecimiento de los de consumo diario, estableciendo los mecanismos de coordinación con los organismos extrasectoriales responsables de la producción, almacenamiento, abastecimiento, industrialización y mercadeo de los mismos, para el logro de dicho fin.

4. Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica.

En la Resolución V de esta Reunión, se recomienda a los Ministros de Salud y Directores Generales de las Instituciones de Seguridad Social que continuen o inicien, en los países. La integración de lo alimentario y nutricional. Dentro de los sistemas locales de salud, solicitar a la OPS/OMS, INCAP y UNICEF que coordinen los esfuerzos iniciados durante 1988, para canalizar recursos externos, en apoyo al control de deficiencias nutricionales especificas; divulgar dentro del sector y en los otros sectores involucrados en la seguridad alimentaria, el resultado de las investigaciones que hayan realizado en diferentes campos de los programas de alimentación; instar a los Ministerios de Salud para que promuevan, en el nivel nacional, la coordinación intersectorial, para unificar criterios conceptuales y metodologicos sobre vigilancia alimentaria nutricional con el objetivo de orientar, en forma eficiente, los recursos tecnicos y financieros provenientes de las diferentes ininciativas en este campo; solicitar al INCAP que continúe con el proceso de integración programatica de la Cooperación Técnica y que los proyectos subregionales que coordine, tengan una mayor expresion en apoyo a los programas nacionales; finalmente, instar a los Ministerios de Salud Pública e Instituciones de Seguridad Social a realizar esfuerzos conjuntos para lograr la adición de fluor al agua de consumo o a la sal.

5. Discusión General.

Es consenso del grupo expresar que el problema alimentario-nutricional en Guatemala se deteriora cada día. Continuan como problemas la desnutrición proteíco-energética, el bocio endémico, la deficiencia de vitamina A y de riboflavina y las anemias nutricionales. No existe continuidad de las acciones. El Ministerio de Salud tiene poca capacidad operativa y un bajo nivel de decisión frente a la magnitud del problema.

Existen muchas acciones tendientes a la solución de la problemática alimentario-nutricional, las cuales se realizan a nivel de varias instituciones, sin mayor coordinación. Algunas dirigidas hacia el mejoramiento de la disponibilidad y consumo de alimentos; otras hacia el tratamiento del daño nutricional.

Entre las acciones que se realizan están: educación alimentario nutricional, vigilancia alimentario-nutricional, alimentación complementaria, fomento y recuperación nutricional, promoción y reforzamiento de prácticas alimentarias adecuadas, dietética institucional, enriquecimiento y fortalecimiento de alimentos.

En ese sentido el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud enfoca sus acciones hacia la evaluación y vigilancia del estado nutricional y coordina programas de educación alimentario-nutricional, fomento y recuperación nutricional, dietética institucional, economía alimentaria y complementación alimentaria.

Por otro lado, el Departamento de Nutrición del Ministerio de Educación realiza acciones de Educación alimentario-nutricional y complementación alimentaria dirigida a nivel de la población escolar.

El Departamento Materno-Infantil del Ministerio enfoca sus acciones hacia el monitoreo y evaluación del estado nutricional del grupo materno infantil del país.

La Comisión de Lactancia Materna por su parte, promueve y revaloriza la lactancia materna y la introducción adecuada y oportuna de alimentos para la población infantil. Realiza además acciones de capacitación y difusión de materiales relativos al área de Lactancia Materna, así como la normatización en el uso de suscedáneos de la leche.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social realiza también acciones de alimentación y nutrición dirigidas a la alimentación complementaria y educación al grupo materno infantil, así como a la recuperación del daño nutricional.

La Escuela de Nutrición de la Universidad de San Carlos de Guatemala es la institución formadora de Nutricionistas a nivel de Licenciatura, realizando dentro de su plan de estudio acciones de mejoramiento de la alimentación y nutri-

ciòn a nivel local, mediante la pràctica de los estudiantes de la Carrera de Nutriciòn.

El grupo al que se le da prioridad para realizar las acciones de alimentaciòn y nutriciòn es el grupo maternoinfantil, considerado el de mayor riesgo.

La mayorìa de las instituciones realizan sus acciones con limitaciones de recursos financieros y humanos, sujetos a los momentos polìticos y a presiones de agencias internacionales, lo cual ha dificultado el desarrollo de las mismas, y el logro de los objetivos de los programas; a esto se suma la multicasualidad del problema dificultàndose el obtener un impacto realmente significativo.

Aùn cuando existen polìticas de Alimentaciòn y Nutriciòn, los planes y programas que las sustentan no cuentan con el apoyo gubernamental para operativizarlos y los mismos no son elaborados conjuntamente con los tècnicos especìficos.

Otro aspecto que limita el desarrollo de las acciones, es la deficiente coordinaciòn entre las instituciones y con la cooperaciòn externa.

Lo anterior es indicativo de la urgente necesidad de unificar criterios y esfuerzos tendientes a mejorar la situaciòn Alimentario-Nutricional de Guatemala, buscando los mecanismos que realmente contribuyan a lograrlo.

6. Revisiòn de la Cooperaciòn Tècnica de la informaciòn de Proyectos, actividades del periodo 1986-1989.

En cumplimiento de los mandatos del Consejo Directivo del INCAP, los cuales enmarcan los objetivos y estrategias del Area Programàtica de Cooperaciòn Tècnica, el INCAP, durante el perìodo evaluado, brindò a Guatemala cooperaciòn tècnica orientada a fortalecer la capacidad de gestiòn de los planes, programas y proyectos nacionales alimentario-nutricionales.

El ordenamiento institucional de los recursos para la entrega de la cooperaciòn tècnica, en tèrminos de la apertura programàtica, se dio en funciòn de los proyectos subregio-

nales identificados en el àrea prioritaria "Mejoramiento de la Situaciòn Alimentaria y Nutricional de Centro Amèrica y Panamà".

Durante 1987 fueron revisados estos criterios, tomando en consideraciòn la no total correspondencia de los mismos con los utilizados por los paìses dentro del contexto de la atenciòn integral a las personas, incluido el componente de alimentaciòn y nutriciòn, asì como tambièn el haberse generado cierto grado de verticalidad, fragmentaciòn y duplicidad de acciones en el proceso de entrega de la cooperaciòn tècnica, tanto a nivel institucional como en los paìses.

Esta revisiòn condujo a hacer una reorientaciòn global de dicho proveso en el sentido, entre otros, de adoptar el criterio de apertura programàtica utilizado por los paìses, asì como tambièn, el revisar y ajustar los mecanismos de comunicaciòn, coordinaciòn e integraciòn interprogramàtica de los recursos utilizados en la cooperaciòn tècnica.

Esta reorientaciòn se tomò en cuenta para programar la demanda de cooperaciòn tècnica de los paìses para 1988, asì como tambièn servirà para el monitorear y evaluar el proceso durante el pròximo año.

OBJETIVO DE COOPERACION TECNICA.

1. Colaborar con el paìs para el mejor conocimiento del problema alimentario-nutricional y en el desarrollo y mantenimiento de sistemas de vigilancia en este campo.

2. Asesorar al paìs en la formulacion y desarrollo de polìticas y planes nacionales de alimentaciòn y nutriciòn.

3. Brindar cooperaciòn tècnica al paìs en las diversas etapas del proceso de la planificaciòn alimentaria-nutricional en los diferentes sectores.

4. Fortalecer la cooperaciòn tècnica del INCAP al paìs, mediante la òptima utilizaciòn de los recursos disponibles, tanto del paìs como en el Instituto.

5. Propiciar el intercambio de personal tècnico y profesional entre los paìses miembros, como parte de la cooperaciòn tècnica del Instituto.

6. Estimular y colaborar en el proceso de cooperaciòn tècnica entre los paìses miembros, mediante el establecimiento de mecanismos para el intercambio, utilizaciòn y divulgaciòn de experiencias desarrolladas por los paìses miembros en forma individual, o en cooperaciòn con el propio instituto.

7. Colaborar en la aplicaciòn de los resultados de las investigaciones en alimentaciòn y nutriciòn realizadas por el INCAP y el paìs.

8. Colaborar con el paìs en el Area en la organizaciòn y fortalecimiento de la capacidad operativa de las unidades tècnicas de nutriciòn del sector salud y otros sectores.

9. Colaborar a travès de las autoridades nacionales, con los diferentes sectores e instituciones del paìs que estèn encargados de programas o actividades especìficas para la soluciòn de los problemas alimentarios y nutricionales.

10. Propiciar a nivel del paìs una vinculaciòn efectiva del componente alimentario nutricional en el contexto y responsabilidad del sector salud, con el resto de componentes tècnicos del programa de atenciòn materno-infantil.

RESUMEN DE LA COOPERACION TECNICA DE INCAP A LAS ACTIVIDADES QUE GUATEMALA REALIZO EN EL AREA PRIORITARIA MEJORAMIENTO DE LA SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL.

FORMACION Y CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS:

Apoyo a las Escuelas de Enfermerìa y Auxiliares de Enfermerìa para la revisiòn del curriculum en Alimentaciòn y Nutriciòn.

Capacitaciòn en alimentaciòn y nutriciòn a docentes de las 4 escuelas de formaciòn agrìcola del Ministerio de Agricultura, Ganaderìa y Alimentaciòn.

Apoyo a la Escuela de Nutriciòn (Facultad de Ciencias Quìmicas y Farmacia) para la revisiòn de un paquete enseñanza-aprendizaje sobre nutriciòn aplicada; adiestramiento tutorial de los docentes.

Cooperaciòn a la Facultad de Medicina para capacitar a dos docentes del àrea de Pediatrìa y Obstetricia en A/N.

Capacitaciòn de docentes den las Escuelas de Enfermerìa y Auxiliares, en alimentaciòn y nutriciòn y tecnologìa educativa.

Capacitaciòn a personal del Ministerio de Agricultura sobre sultivo de hortalizas y arboricultura frutal; riego; tecnologìa de semillas; y fitopatologìa.

Desarrollo de un curso sobre gestión de programas con énfasis en Alimentación y Nutrición para personal de campo del Ministerio de Desarrollo Urbano Rural.

EDUCACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Se apoyó la revisión de las guías curriculares del ciclo de aducación fundamental (preparatoria 1, 2 y 3er grado de primaria), en función de los objetivos y contenidos sobre educación en alimentación, nutrición y salud.

Elaboración del manual de educación para maestros del ciclo de educación fundamental.

Apoyo al Ministerio de Educación en el programa de núcleos familiares de educación y desarrollo, incorporando contenidos de salud y nutrición al programa de estudio.

Capacitación de maestros facilitadores.

Apoyo al Departamento de Educación de Salud para elaborar un borrador de un programa nacional de educación para la salud.

Capacitación tutorial a funcionarios sobre educación a la comunidad para la salud y nutrición.

Elaboración de módulos de autoinstrucción en Salud Materno Infantil para personal del nivel local.

PROGRAMAS DE ALIMENTACION A GRUPOS (PAG)

Cooperación técnica para la organización y desarrollo del Seminario Nacional "Bases de una Política para el Uso de Ayuda Alimentaria".

Apoyo para el proceso de gestión del PAE en el ministerio de Educación en las fases de: ajuste de la estructura técnico-administrativa; creación de la Dirección de Alimentación y Nutrición Escolar; aprobación de presupuesto.

Apoyo para la formulación de una propuesta de extensión del Proyecto PMA/GUAT-2705.

Cooperación para la capacitación de promotores sociales del Ministerio de Desarrollo, sobre preparación de Alimentos sólidos; y a funcionarios sobre gestión local en el área de alimentación y nutrición.

Cooperación al Comité de Reconstrucción Nacional (CRN) para la realización de una evaluación institucional sobre la gestión de los PAG e identificación restricciones y paquetes de intervención.

FORTIFICACION DE ALIMENTOS

Se apoyó el fortalecimiento del proceso de gestión de los programas de fortificación de alimentos; revisión de normas y manuales técnicos.

Se apoyó a la fortificación de azúcar con vitamina A; manuales de forticicación y control.

INCAP y UNICEF apoyaron la organización de la primera ronda de administración de Vitamina A a la población de 1 a 7 años de edad.

Se apoyó la capacitación del personal responsable del programa.

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS

Cooperación técnica al Instituto de Ciencia y Tecnología Agrícola para caracterización de granos básicos.

Desarrollo tecnológico para la formulación de un alimento sólido de alto valor nutritivo (galleta), preparación de un plan de operaciones y producción de la galleta nutritiva; contratos con panificadores, capacitación de productores; supervisión y control de calidad; diseño logístico-administración para la producción, distribución de la galleta y un estudio de factibilidad de la misma.

Desarrollo de métodos de análisis de laboratorio para control de calidad de la galleta y manual de control cualitativo de calidad de la misma.

Asistencia técnica al Sector Público Agrícola para la formulación de un proyecto de almacenamiento de frijol negro en silos familiares y manejo de información sobre tecnología pos-cosecha del frijol.

SISVAN

INCAP ha financiado la capacitación de funcionarios nacionales a través de cursos y visitas a Costa Rica.

EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES
DE COOPERACION TECNICA
GUATEMALA

TOTAL ACTIVIDADES

AMO	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	%	NO EJECUTADAS	%
1986	177	114	64	64	36
1987	146	128	87	18	13
1988	228	169	74	59	26

Fuente: Informes de Evaluación anual de la Cooperación Técnica brindada por INCAP a sus países miembros.
Reunión preparatoria de Directores Generales para las Reuniones del Consejo Directivo del INCAP.

RECUROS ASIGNADOS PARA
LA COOPERACION TECNICA A GUATEMALA
PERIODO 1986 - 1988

AMO	U.S. DOLARES
1986	246350
1987	272555
1988	334771

Fuente: Informes de Evaluación anual de la Cooperación Técnica brindad por INCAP a sus países miembros.
Reunión preparatoria de Directores Generales para las Reuniones del Conejo Directivo del INCAP.

7. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma.

Los resultados del trabajo se presentan a continuación:

La contribución del recurso humano formado y/o capacitado es positiva en algunas instituciones, en otras no es posible evaluar el aporte de ese recurso debido a algunos factores propios de las Instituciones y de las agencias formadoras, tales como:

- La subutilización del recurso por no estar asignado en el área técnica para la cual fue preparado;

- Que no se le reincorpore a su trabajo inicial y la falta de una carrera administrativa.

- La capacitación en su mayoría obedece a las necesidades reales del país, además no existe una planificación integrada de formación y capacitación de recursos humanos en Alimentación y Nutrición, y existe duplicidad de funciones en relación con la formación y capacitación de los Recursos Humanos.

Se considera que se ha dado un cambio favorable puesto que se ha ampliado la cooperación técnica hacia sectores diferentes al sector salud, sin embargo ello ha implicado disminución del apoyo a éste. Al respecto es importante tener presente que el apoyo debe ser utilizado de tal manera que contribuya a mejorar la situación del país y evitar que este cree dependencia de ese apoyo.

En relación a la movilización de recursos de agencias internaciones, ésta se ha limitado a acciones como la Ronda de la Vitamina A, en la que aunaron esfuerzos de diferentes instituciones para el desarrollo de la misma.

Desde el punto de vista general de la problemática alimentaria-nutricional puede decirse que no ha habido impacto real debido a la magnitud del mismo y a la necesidad de realizar acciones multisectoriales integrales que realmente actúen sobre la causalidad del problema.

Sin embargo se han producido cambios favorables a lo interno de las instituciones y en algunos aspectos específicos como la Ronda de la Vitamina A, promoción de la Lactancia Materna, el Programa de Alimentación escolar y la formación del recurso humano nutricionista.

En la modalidad de las consultorías puntuales de corta duración no se han producido los resultados deseados en favor de la solución de los problemas de las instituciones pues se reducen a asesorías de tipo diagnóstico.

La falta de cumplimiento de los objetivos de este tipo de asesoría puede deberse a la disponibilidad limitada del tiempo de los consultores quienes atienden simultáneamiente otras acciones y países.

Esisten otras modalidades de asesorìa que apoyan procesos y que han dado resultados positivos en el desarrollo de las instituciones como el caso del Departamento de Alimentaciòn y Nutriciòn Escolar del Ministerio de Educaciòn, y de la Escuela de Nutriciòn de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Con relaciòn a investigaciòn el grupo concluye:

La investigaciòn no se hace en funciòn operativa y las necesidades de la misma no se han detectado en forma conjunta; Los sujetos de la investigaciòn no se benefician de los subproductos o intervenciones derivadas de los resultados de la misma, ademàs, hay poca difusiòn de los resultados y en algunos casos se difunden primero en otro idioma.

En muchos casos la cooperaciòn tècnica no es oportuna debido a la extemporaniedad de la misma, la que no està adaptada a las necesidades del paìs, estando presente la poca disponibilidad de tiempo de los consultores, para el àrea de nutriciòn. Guatemala es la ùltima prioridad del àrea centroamericana.

Se da tambièn en algunos casos, incumplimiento de la cooperaciòn tècnica por factores tanto de la agencia de cooperaciòn como de la contraparte del paìs.

Existen restricciones, tanto de parte del paìs como de la OPS/OMS para el aprovechamiento eficiente de la Cooperaciòn Tècnica:

No se cuenta con un Plan Integral de Formaciòn de Recurso Humano en Alimentaciòn y Nutriciòn; La prioridad otorgada segùn los problemas Alimentario Nutricionales del paìs no se ve reflejada en el presupuesto asignado y apoyo a los programas; Poca disponibilidad del tiempo de los consultores para Guatemala; Los mecanismos para brindar la Cooperaciòn Tècnica se incorporan a procesos burocràticos que dificultan el logro del resultado. La Cooperaciòn Tècnica tiene una intencionalidad que no necesariamente es congruente con las necesidades de las instituciones y la falta de continuidad de la Cooperaciòn Tècnica por parte de las agencias externas.

La Cooperación Técnica es pertinente de acuerdo a las perspectivas anteriores pero tendrá que ser más flexible ante los cambios que se establezcan en el país para atacar el problema en su origen, y buscar la coordinación interinstitucional y concertación intersectorial de acciones.

8. Recomendaciones sobre lineas de acción y desarrollo futuro de la cooperación.

1. Elaborar un plan integrado de cooperación técnica con la participación de las instituciones responsables de las áreas de Alimentación y Nutrición.

2. Hacer efectivo el plan de Educación Permanente en el Sector Salud, mejorando los mecanismos de coordinación con diferentes sectores.

3. Revisar los perfiles educativos y ocupacionales del recurso humano a capacitar o formar.

4. Estratificar el conocimiento que se va a brindar mediante capacitación a diferentes niveles de atención.

5. Promover mecanismos de selección y contratación del personal a capacitar o formar, que respondan a las necesidades reales del país.

6. Mantener equidad en la Cooperación Técnica entre los diferentes países de la subregión.

7. Establecer compromisos con el país, de tal manera que no se cree dependencia y se vea un impacto real en el proceso de desarrollo de las instituciones.

8. Que se coordinen las agencias de Cooperación Técnica y financiera alrededor de un plan integral de Cooperación Técnica, aunando esfuerzos y evitar así la subutilización de recursos.

9. Difundir las resoluciones de la RESSCAP y establecer planes operativos para su cumplimiento.

10. Modificar el tipo de asesoría que brindan las agencias, buscando la dedicación exclusiva de los asesores al país.

11. Buscar asesores nacionales o aquellos que conozcan el contexto nacional.

12. Realizar el proceso de programación (formulación, evaluación y seguimiento) de la cooperación técnica en forma conjunta y unificada.

13. Monitorear y evaluar la Cooperación Técnica brindada.

14. Descentralizar la Cooperación Técnica a las áreas ejecutoras de las acciones de Alimentación y Nutrición.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organizaciòn Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
ATENCION AL MEDIO AMBIENTE
reuniòn celebrada en la Escuela de Enfermeria,
durante los dias 18 y 19 de julio de 1,989.

Guatemala, julio - agosto de 1,989.

Medio Ambiente.

Participantes:

Ing. Pedro Aguilar Polanco	USAC
Sr. Carlos Calvillo M.	MSPAS
Sr. Israel Cardenas Mendez	MSPAS
Ing. Enrique Figueroa	MSPAS
Ing. Roberto Galindo	MSPAS
Sr. Alberto Jimenez	MSPAS
Sr. Armando Mira S.	EMPAGUA
Ing. Pedro Obando	EMPAGUA
Ing. Arturo Pazos Sosa	Escuela Regional -ERIS-
Dr. Carlos Sandoval Diaz	MSPAS
Ing. Pedro Saravia	MSPAS
Ing. Carlos Hernàndez	CONAMA
Dr. Carlos Garcìa Salas	CONAMA
Ing. Julièn Duarte	INFOM
Ing. Amilcar Cardona	INFOM

Moderador: Ing. Guillermo Garcia Ovalle

Relator: Lic. Pedro Obando

Consultor: Ing. Alejandro Castro

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE.

1986 - 1989

1. Propòsito.

1.1 Evaluar la cooperaciòn tècnica recibida por el paìs en el àrea de Atenciòn al Medio Ambiente, proporcionada por la Organizaciòn Panamericana de la Salud/Organizaciòn Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar lìneas de acciòn para la cooperaciòn tècnica a recibir en el futuro.

2. Problema.

2.1 Desarrollo de la salud en relaciòn al Medio Ambiente.*

Se estima que el 33% de los hogares en Guatemala tienen acceso al agua potable conectada directamente a la vivienda. El dèficit resultante tiene repercusiones en la salud y las condiciones de saneamiento ambiental que rodean a las comunidades, afectando principalmente a la poblaciòn infantil con enfermedades parasitarias que son la principal causa de la mortalidad.

La cobertura de los servicios de agua potable y saneamiento (disposiciòn de excretas y aguas servidas) para una poblaciòn total de 8.434.339 habitantes a fines de 1987, era del 58.4% y 57.1%, respectivamente.

(*) Fuente:

OPS/OMS, Condiciones de Salud de las Amèricas. 1989.

En el àrea urbana, la cobertura de agua llegò al 87.1% y 72.5%, en saneamiento y en el àrea rural, del 41% y 47%, en su orden. Esta situaciòn incide desfavorablemente en la salud de la poblaciòn, ocasionando altas tasas de morbimortalidad producidas por enfermedades gastrointestinales.

En el Plan Nacional para el DIAAPS*, las metas de cobertura propuestas para 1990 son del 73.2% tanto para agua potable como para saneamiento, pero seràn difìciles de alcanzar, pues en el perìodo 1982-1988, el incremento fue de sòlo 4.4% y 10%, respectivamente.

La prestaciòn de estos servicios se da fundamentalmente por parte del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social en el àrea rural y por las Municipalidades en el àrea urbana. Estas ùltimas cuentan con la asistencia tècnica y financiera del Instituto de Fomento Municipal (INFOM), que es una entidad autònoma del Estado. La calidad de los servicios existentes deja mucho que desear, se estima que cerca del 85% de los sistemas urbanos, proveen agua con cierto grado de contaminaciòn, por falta de protecciòn de las fuentes y tratamiento deficiente. En los acueductos rurales tambièn existen problemas de calidad, pero no se conoce su magnitud.

Las aguas servidas, tanto domèsticas como industriales, no reciben ningùn tipo de tratamiento y son lanzadas a rìos y otros cuerpos superficiales de agua, dando origen a graves problemas de contaminaciòn de este recurso.

Los servicios de recolecciòn, transporte y disposiciòn final de los desechos sòlidos son responsabilidad de las municipalidades, pero pocas estàn organizadas para su prestaciòn, la disposiciòn final se la hace en su totalidad en botaderos a cielo abierto, que se encuentran dentro (como en la ciudad capital, en donde se producen alrededor de 1,000 toneladas de basura por dìa) o muy cerca de los centros urbanos y en terrenos baldìos, que se constituyen en criaderos de moscas, ratas y otros vectores.

(*) DIAAPS:

Decenio Internacional del Abastecimiento del Agua Potable y del Saneamiento.

La contaminación ambiental es ya un problema existente en Guatemala, en especial de la ciudad capital, debido al crecimiento demográfico acelerado y la falta de planificación para el desarrollo de los centros de mayor población en donde se encuentran localizadas la mayoría de las industrias.

La contaminación del agua ha alcanzado, a todas las cuencas hidrográficas del país estimándose que la carga total de DBO llega a los 128,802 kg/día*, debido especialmente a la disposición sin tratamiento de las aguas servidas y excretas. La mayor carga (63.6%) la recibe la cuenca del río Motagua, en el que descargan de la parte norte del valle de la ciudad capital; luego están los ríos de la parte sur del valle, a los que llega el 18.8% de la carga total, que alcanza también al lago de Amatitlán, que ya muestra efectos de eutroficación.

También hay contaminación del agua por agroquímicos (fertilizantes y pesticidas) y por desechos industriales, pero no ha sido cuantificada. Además, durante la época de cosecha del café, las aguas mieles provenientes del beneficiado de éste, son descargadas sin tratamiento a los ríos, consumiendo el oxígeno disuelto de los mismos. Esta situación se normaliza al concluir el beneficiado y con la entrada de la época lluviosa.

La contaminación del suelo se debe principalmente a la disposición de excretas al aire libre, en especial en el área rural, en donde la letrinización se estima sirve sólo a un 46% de su población. Los desechos sólidos contaminan el suelo debido a que las municipalidades, salvo unas pocas, no tienen sistemas organizados de limpieza pública ni sitios controlados para su disposición final, pro lo que las basuras son lanzadas, por las mismas municipalidades, en vertederos a cielo abierto y por los vecinos en los terrenos baldíos.

(*) Fuente:

Propuesta de Programa de la Contaminación del Agua en la República de Guatemala, OPS/OMS, 1983.

Los plaguicidas tambièn constituyen un factor importante de la contaminaciòn del suelo, los que posteriormente a su aplicaciòn, debido a la escorrentìa, van a dar a los cursos de agua superficiales, contaminàndolos. La aplicaciòn de los plaguicidas no es controlada ni en cantidad ni en calidad. Se estima que anualmente se consumen en el paìs 10,020 toneladas de estos productos quìmicos y ademàs 171,683 toneladas de fertilizantes.

La contaminaciòn del aire es un problema que ya se nota en la ciudad de Guatemala, debido principalmente a los gases del escape en los vehìculos automotores que representan el 60% del total de vehìculos existentes en el paìs.*

La industria, que tiene el 70% de sus establecimientos asentados* en la ciudad de Guatemala, constituye una fuente importante de contaminaciòn atmosfèrica, pero no existe informaciòn pertinente que permita realizar una estimaciòn de emisiones de contaminantes atmosfèricos.

El control de la contaminaciòn del aire es funciòn de la Municipalidad de Guatemala, del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social y de la Policìa Nacional (automotores), pero no existe un programa para ejercerlo.

En general, la protecciòn y mejoramiento del medio ambiente es funciòn de la Comisiòn Nacional del Medio Ambiente, que depende directamente de la Presidencia de la Repùblica, mediante la aplicaciòn de la Ley de Protecciòn y Mejoramiento del Medio Ambiente, emitida en diciembre de 1986. Màs por no haberse preparado los reglamentos respectivos, indicados en la misma Ley, se hace difìcil el cumplimiento de èsta.

(*) Fuente:

Programa de prevenciòn y control de la contaminaciòn del aire en la Repùblica de Guatemala, OPS/OMS, 1981.

En cuanto al ruido, no existen evaluaciones ambientales que puedan servir de referencia para establecer un estado de situaciòn en esta àrea.

2.2 Evaluaciòn y perspectivas de la situaciòn en agua y saneamiento (1984-1988 / 1995-200).

Este documento fue preparado por OPS para COPECAS, en mayo de 1989, para ser remitido al Presidente del CAPRE a fin de que prepare un informe sobre la situaciòn de agua y saneamiento del itsmo centroamericano, para su presentaciòn en la V RESSCAP.

En el documento de Guatemala se hace un anàlisis de la situaciòn de agua y saneamiento, asì como del avance obtenido entre 1984 y 1988. La cobertura en agua rural en 1984, indica este documento, fue de 1.837.000 personas (38/0%) y en 1988 fue de 2.222.000 (41.2%). Esto significa la incorporaciòn de 385.000 personas en el perìodo indicado, que representa un crecimiento anual de cobertura para 96.250 personas.

En cuanto al saneamiento, la cobertura en 1984 fue de 1.871.000 personas (38.7%) y en 1988 para 2.584.000 personas (47.9%), lo que equivale a un incremento de 713.000 personas en el perìodo y de 178.250 personas como promedio anual.

En cuanto a las inversiones durante estos 5 años, en agua rural, el promedio fue de US$. 4.87 millones y para saneamiento rural, US$. 2.14 millones.

En la parte relacionada con las perspectivas futuras en este documento se plantean dos alternativas de cobertura para el àrea rural para los años 1995 y año 2000.

La **Alternativa I**, en agua rural, que es la que se ha seleccionado, plantea una cobertura de 3.579.000 habitantes (55%) para 1995 y de 5.504.000 (73%) para el año 2000. Esto significarìa duplicar en promedio, lo que se està haciendo actualmente por año hasta 1995 y nuevamente duplicar esa cantidad hasta el año 2000.

En saneamiento tambièn se presentan 2 alternativas, en la primera, que fue la seleccionada, se prevè que se tendrà una cobertura de 4.313.000 habitantes (62.2%) en el año 1995 y en el año 2000 la cobertura aumentarà a 6.541.000 (86.6%)

lo que significaría hacer, en promedio hasta 1995, 1.4 veces lo que se hizo en 1988 y luego casi doblar esta cantidad hasta el año 2000.

En cuanto a las inversiones requeridas para alcanzar las coberturas señaladas, en agua rural se deberá invertir un total de US$. 87.640.000 para el período 1989-1995 y de US$. 129.650.000 para el período 1996-2000 lo que daría un total de US$. 217.290.000 hasta finales de este siglo.

En lo referente a saneamiento las inversiones serían de US$. 13 millones para 1989-1995 y de US$. 119 millones para el período 1996-2000, lo que daría un total de 132 millones para los dos períodos.

En total, la inversión requerida para agua y saneamiento en el área rural entre 1989-2000 sería de US$. 349 millones, a precios de 1989, para alcanzar las metas propuestas.

3. Revisión y análisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relación con el área de Agua y Saneamiento.

3.1 Política de Salud y Saneamiento Ambiental del Plan del Gobierno Demócrata Cristiano.

Nacional:

- Implementación a nivel nacional de sistemas de letrinización, tratamiento de aguas negras.
- Reajuste y actualización de las leyes de contaminación ambiental a niveles urbano y rural.
- Introducción de sistemas de agua potable en todas las comunidades del país.
- Implementación de sistemas de alcantarillados, acueductos y drenajes a nivel nivel nacional.

Comunitario

- Saneamiento bàsico rural en pequeñas comunidades por desarrollo municipal.

- Programas de capacitaciòn y educaciòn comunitarios para el saneamiento ambiental.

- Fomento e impulso a normas jurìdicas comunitarias pro-defensa del medio ambiente ecològico y natural.

3.2 Memoràndum Presidencial II (1987-1989).

Se estima que el 33% de los hogares en Guatemala tienen acceso al agua potable conectada directamente a la vivienda. El dèficit resultante tiene repercusiones en la salud y las condiciones de saneamiento ambientall que rodean a las comunidades, afectando principalmente a la poblaciòn infantil con enfermedades parasitarias que son la principal causa de la mortalidad.

Durante el perìodo 1987-1988, en cooperaciòn con las Municipalidades del pais, se terminarà la introducciòn de agua potable en 100 comunidades en coordinaciòn con proyectos complementarios como drenajes, saneamiento y otros similares.

Responsables:

La Organizaciòn Participativa del Proyecto Agua que reunirà a vecinos, instituciones pùblicas, privadas e internacionales.

Resultados:

Se estima que puede llegarse a la meta de introducir agua potable en 100 comunidades, beneficiando por lo menos a 100,000 hogares, complementariamente se aumentarà el empleo local y mejoraràn los ingresos.

Calendario:

Se inicia en junio de 1987 y termina en diciembre de 1988.

Recursos:

Provendràn del Fondo de Inversiones Sociales y se han calculado desembolsos por parte del Estado del orden de 10 millones de quetzales, asumiendo como costo promedio por comunidad Q. 100,000.oo. A esta cifra deben agregarse las contribuciones de los vecinos para lograr hacer màs proyectos con menos recursos. Las cuotas por el servicio, garantizaràn el retorno de esta inversiòn.

3.3 Programa de Reorganizaciòn Nacional 1987-1988.

La magnitud del costo de los programas de Reorganizaciòn Nacional, exige una innovaciòn financiera institucional que permita obtener los fondos necesarios para desarrollar los proyectos prioritarios. Guatemala tiene una Deuda Social cuantificable y una deuda externa bien definida, ante lo cual tiene que romper los esquemas tradicionales, para poder ejecutar los programas y proyectos nacionales que permitan utilizar la capacidad productiva que tiene el país, lo que a su vez permitirà generar los recursos necesarios para pagar ambas deudas.

Objetivos:

Crear las instituciones operativas que permitan ejecutar los programas de obtenciòn con que operarà inicialmente el FIS. Dentro de un programa integral de las finanzas pùblicas se establecerân mecanismos e instituciones que logren una innovaciòn financiera para obtener fondos de todos los sectores:

- El aporte del Estado.
- El aporte de los ciudadanos guatemaltecos.
- El aporte de las instituciones internacionales.
- El aporte de los gobiernos extranjeros.

Proceso de trabajo:

- Darle vida legal al FIS.
- Gestiones financieras.
- Programaciòn dinàmica en la utilizaciòn de los recursos.
- Plan de recuperaciòn de recursos.

3.4 Plan de Salud (1987 - 1991).

Lineamientos de polìtica y estrategias. Documento elaborado por la Unidad Sectorial de Planificaciòn del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social. Noviembre de 1986.

Polìtica de protecciòn, conservaciòn y mejoramiento del Medio Ambiente.

Considerada dentro del marco integral de acciones intra y extrasectoriales que implica el fortalecimiento de los programas de saneamiento ambiental enfatizando acciones en los grupos de poblaciòn menos protegidos y de menores recursos, lo que conlleva el impulso de los programas de dotaciòn de agua potable y saneamiento bàsico dentro de una cobertura nacional de acciones a travès del fortalecimiento estatal, regional y descentralizado de los programas de saneamiento ambiental con participaciòn activa de la comunidad.

Area de Salud Ambiental.

Esta àrea se orienta al mejoramiento de la calidad ambiental como parte del esfuerzo conjunto sector salud-comunidad y del desarrollo socioeconòmico total, debe integrarse a las demàs actividades de salud que permitan el bienestar de la poblaciòn.

Introducciòn de agua potable y adecuada disposiciòn de excretas.

Se mejoraràn los servicios existentes y se construiràn nuevos en las àreas màs necesitadas. Para tal fin se desarrollaràn las siguientes actividades:

1. Promociòn y fortalecimiento de la capacidad institucional, para la administraciòn y operaciòn de sistemas de agua potable y disposiciòn de excretas.

2. Mejorar la cantidad y calidad del agua y la administraciòn de los sistemas de abastecimiento de la misma.

3. Promover una mayor participaciòn del sector salud en la preparaciòn y ejecuciòn de programas y proyectos.

4. Promover el desarrollo y utilizaciòn de tecnologìa adecuada.

5. Formular pautas para la participaciòn y educaciòn de la comunidad, asì como para el establecimiento de vìnculos operacionales con la atenciòn primaria de salud.

6. Fortalecer el adiestramiento de administradores, diseñadores y operadores en sistemas de abastecimiento de agua.

- El Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social se ha propuesto 4 objetivos-meta para los años 1989 - 1990:

    1. Reducir el ìndice de mortalidad infantil al 50% (menores de 1 año).

    2. Reducir la mortalidad materna al 1/1000 nacidos vivos.

    3. Erradicar la poliomielitis.

    4. Dotar de agua potable y saneamiento al 50% de comunidades rurales.

3.5 Informe final de la IV RESSCAP/88. realizada en San José, Costa Rica.

En la Resolución VIII de esta Reunión, se insta a los países del itsmo centroamericano a que reanuden sus esfuerzos para la consecusión de las metas nacionales propuestas en el DIAAPS; a que apoyen la iniciativa del PISDIC para el desarrollo de proyectos del área social; a que se incrementen los esfuerzos para el control del medio ambiente humano y a reforzar y apoyar decididamente los programas de saneamiento ambiental, procurando los recursos necesarios para su ejecución e integrándolos como un componente en toda acción de salud.

4. Discusión general.

4.1 En relación con el documento Política de Salud y Saneamiento Ambiental del Plan del Gobierno Democristiano, se señaló que es un Plan bastante ambicioso y que ha tenido muchas dificultades para lograr sus objetivos.

4.2 Referente al Memorándum Presidencial II (1987-1988) se indicó que sus metas en agua y saneamiento son de muy corto plazo, y no han tenido en cuenta una base operativa.

4.3 Programa de Reorganización Nacional 1987-1988.

El Gobierno ha pedido la colaboración del Banco Mundial para la preparación del proyecto sobre el fondo de Inversiones Sociales (FIS). Se cuenta ya con un documento en el que se han solicitado US$. 120 millones, el que fue presentado en una Reunión en Paris, Francia. El Banco Mundial ha propuesto que los fondos del FIS sean canalizados hacia las Municipalidades como complemento al 8% del Presupuesto de Ingresos otorgado por el Gobierno Central.

En 1989 deberá tenerse un programa elaborado para que en marzo de 1990 se inicie su ejecución y anualmente se espera invertir US$. 20 millones durante 4 años. Se piensa incluir sistemas integrales con los componentes de las áreas mencionadas.

Se ha elaborado un Acuerdo Gubernativo que autoriza al 3er. Viceministerio de Finanzas, la administración del FIS. En cuanto al FIS, se consideró que la entrega de fondos de esta fuente hacia las Municipalidades para la construcción de sistemas de agua y saneamiento en el área rural no es conveniente debido a que esas corporaciones no tienen la capacidad técnica ni administrativa para atender tales actividades. Que lo conveniente sería que los fondos pro-

venientes de agencias de apoyo externo sean canalizados al Ministerio de Salud Pública, por su capacidad demostrada para la construcción de sistemas de agua y saneamiento en el área rural a través de su División de Saneamiento del Medio y de UNEPAR, dependencias que de 1984 a 1988 han construído un total de 776 sistemas de agua.

Por otro lado, que se utilice la parte correspondiente al 8% de ingresos de las municipalidades como aporte de las comunidades para la construcción de esos sistemas.

Al incrementarse los fondos para agua rural a través del Ministerio de Salud Pública, esta institución podría utilizar sus Inspectores de Saneamiento Ambiental y Técnicos en Salud Rural destacados en los 22 departamentos del país y que en total llegan a 725 Técnicos, para que cada uno se encargue de supervisar la construcción de por lo menos un acueducto por año.

Para el diseño masivo de los acueductos podría contarse en parte con el apoyo de los estudiantes de ingeniería.

De esta manera y como lo ha venido haciendo el Ministerio de Salud Pública, promovería y lograría la participación activa de la comunidad para la construcción de sistemas de agua y saneamiento y especialmente para la operación y el mantenimiento de los mismos, actividad que ha sido abandonada por todas las entidades que han construído acueductos rurales y que ahora ha sido asumida por el Ministerio de Salud Pública.

Se mencionó que el Ministerio de Salud Pública, con la cooperación técnica de la OPS, está preparando un Plan Nacional de Agua Potable Rural y al momento cuenta con información de más de 1.000 comunidades rurales sin servicio de agua, que le permitiría elaborar proyectos a corto y mediano plazo, cuya construcción requeriría de fondos que actualmente no posee este Ministerio y que podrían provenir de la fuentes ya señaladas.

Respecto al documento sobre Evaluación y Perspectivas de la Situación de Agua y Saneamiento (1984-1988/1995-2000) se señaló que es un documento con valiosa información sobre lo realizado en este campo y que puede servir como una guía para emprender acciones hasta fines de este siglo, especialmente en lo relacionado al área rural.

5. Revisión de la cooperación técnica con la información de proyectos, actividades del período 1986-1989.

El Ingeniero de País de la OPS presentó la evaluación del Programa de Salud Ambiental para los años 1986, 1987 y

1988, de los que podría destacarse lo siguiente:

La cooperación técnica en esta área, durante 1986, estuvo enfocada a:

a) Análisis y formulación del Programa de Operación y Mantenimiento de Sistemas de Agua Potable del Area Rural, a ser implantado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la DSM y UNEPAR y las Areas de Salud, campos en los que no hay apoyo técnico ni financiero de agencias externas. Previamente a la formulación del programa se efectuaron tres reuniones de promoción y divulgación del contenido del mismo, una dirigida a las autoridades del Ministerio de Salud y a los Jefes Médicos de las Areas de Salud y las otras dos, a los Supervisores de Saneamiento Ambiental de esas mismas Areas.

b) Revisión del Programa de Vigilancia de la Calidad del Agua Potable para integrarlo al de operación y mantenimiento.

c) Formulación de Programas de Pitometría para ser implantados por EMPAGUA e INFOM y se prepararon manuales de operación y mantenimiento para varias plantas de tratamiento de agua de EMPAGUA.

d) Cooperación para desarrollar unidades de adiestramiento y grupos de trabajo en operación y mantenimiento en las instituciones de agua potable y saneamiento, contando con el apoyo del Proyecto Subregional GTZ/OPS/CAPRE.

e) Cooperación técnica para la formulación del Programa para el Control de la Contaminación Hídrica del valle de la ciudad de Guatemala, a ser ejecutado por la DS, la Municipalidad de Guatemala y EMPAGUA.

f) Fortalecimiento de la ERIS, a la que se le dió cooperación técnica para la realización de seis cursos cortos sobre temas específicos de ingeniería sanitaria y ambiental.

Como parte de la cooperacion técnica se efectuó la Reunión Consultiva Subregional del Area de Agua Potable y Saneamiento con las Agencias de Apoyo Externo. En la misma

participaron representantes de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamà, asì como de Agencias de Apoyo Externo bilaterales y multilaterales, y fuè patrocinada por SEGEPLAN, el Gobierno de Alemania Federal y la OPS/OMS. En esta Reuniòn los paìses pudieron presentar sus proyectos prioritarios de agua y saneamiento a las Agencias de Apoyo Externo, las que posteriormente han apoyado a los mismos.

Ademàs, con la cooperaciòn tècnica de la OPS/OMS, se llevò a cabo el Simposio Regional sobre Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento Bàsico - Un Elemento de Atenciòn Primaria de Salud, en el que participaron delegados de la mayor parte de los paìses de Amèrica y muchas Agencias de Apoyo Externo y de paìses amigos. A este Simposio, siguiò el XX Congreso Interamericano de Ingenierìa Sanitaria y Ambiental, organizado por AIDIS de Guatemala con la cooperaciòn tècnica de la OPS/OMS.

La cooperaciòn tècnica durante 1987 continuòo dirigida fundamentalmente a:

a) Implantaciòn y desarrollo del Programa de Operaciòn y Mantenimiento de los Sistemas de Agua Potable y Saneamiento del Area Rural, a travès del adiestramiento de los Inspectores de Saneamiento y Tècnicos de Salud Rural de 10 Areas de Salud y la formulaciòn con ellos de la programaciòn local, para realizar en campo las acciones previstas en el Programa, asì como realizar la vigilancia de la calidad del agua de consumo y el levantamiento del inventario de los acueductos existentes en esos Departamentos.

   Esta labor fue desarrollada conjuntamente con personal de la Divisiòn de Saneamiento del Medio y las cuatro Oficinas Regionales de UNEPAR. Ademàs, el adiestramiento se ha llevado hasta varios comitès comunitarios de agua potable y saneamiento. En concordancia con la polìtica del Gobierno Central que tiene como Proyecto Prioritario No. 1, el abastecimiento de agua potable a las àreas del interior del paìs, contando con la participaciòn comunitaria.

b) Fortalecimiento de la ERIS, habiendo la OPS/OMS patrocinado directamente importantes cursos cortos y copatrocinando con el Gobierno de España uno especial sobre Ingenierìa de Salud Pùblica.

c) El desarrollo del Programa de Control de la Contaminaciòn Hìdrica del valle de la ciudad de Guatemala, formulado con nuestra cooperaciòn, mediante la contrataciòn de diez meses de consultores locales.

d) El Proyecto de Fortalecimiento del Sector Agua Potable y Saneamiento, que venía desarrollándose con financiamiento del PNUD, no pudo ser continuado a su segunda fase por no haberse conseguido nuevo financiamiento.

Las actividades de cooperación técnica durante 1988 estuvieron también encaminadas a:

a) Desarrollo del Programa de Operación y Mantenimiento de los Sistemas de Agua Potable y Saneamiento del Área Rural, habiéndose complementado su introducción en todos los Departamentos del país, como parte de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Este Programa se efectúa en las Áreas de Salud, distrito por distrito, con la participación de los Inspectores de Saneamiento Ambiental y los Técnicos de Salud Rural, que se encargan, además, del adiestramiento de los integrantes de los Comités de Agua Potable de la comunidad.

b) Se dió inicio con el INFOM y la DSM a un Programa para la evaluación de las 25 plantas municipales de tratamiento de agua potable existentes en el país, a fin de determinar su estado de funcionamiento y establecer las acciones requeridas para mejorar su operación y mantenimiento, que en la actualidad deja mucho que desear.

c) Capacitación de ingenieros de INFOM y de UNEPAR en el diseño de plantas de tratamiento de agua de tecnología apropiada, a fin de que estas instituciones puedan afrontar el problema, de tratar aguas superficiales, en vista del agotamiento de manantiales provenientes de aguas subterráneas, que han sido las principales fuentes para aprovisionar de agua potable a las localidades urbanas y rurales que cuentan con ese servicio.

Todos estos programas han recibido apoyo de OPS/OMS en vista de que, siendo necesarios para el país, no cuentan con el apoyo de otras agencias internacionales, que centran su atención solamente en la construcción de obras, descuidando totalmente los aspectos de operación y mantenimiento y gran parte el de adiestramiento del personal.

d) Racionalizar la planificación de los sistemas de agua potable y saneamiento del área rural, pues en ésta actúan una diversidad de entidades gubernamentales y no gubernamentales, cada una actuando en forma independiente y con sus propios criterios, sin prestar ninguna atención a la operación y mantenimiento de

esos sistemas, con excepción del Ministerio de Salud Pública.

e) Apoyo a las municipalidades de tamaño intermedio (Antigua Guatemala y Jocotenango) para solucionar sus problemas de limpieza pública mediante proyectos realistas que utilicen los recursos existentes.

f) Se colaboró con la Municipalidad de Guatemala en la evaluación de 35 plantas de tratamiento de aguas negras existentes en el Area Metropolitana.

g) Apoyo a la ERIS para la realización de varios cursos cortos de postgrado y el posible establecimiento de la Red Subregional de Tecnología de Bajo Costo.

La cooperación técnica en 1989 se ha continuado para:

a) Consolidar y evaluar el estado de avance de los programas de operación y mantenimiento de sistemas de agua potable y saneamiento y vigilancia de la calidad del agua en el área rural, los mismos que están activos en todos los departamentos del país.

b) La cooperación técnica para la planificación de los sistemas de agua potable y saneamiento del área rural, habiéndose dado inicio a los preparativos para la formulación de un Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable al Area Rural, mediante la recolección de datos de campo de aquellas localidades que no cuentan con ese servicio y la preparación de un programa de cómputo para el procesamiento de esos datos. La primera fase de este Plan estará lista en agosto de 1989 y permitirá preparar el programa de trabajo para 1990.

c) El programa para la evaluación de las 25 plantas municipales de tratamiento de agua potable fue continuado, habiéndose adiestrado a todos sus operadores. Para tal fin del año se espera completar la evaluación de 10 plantas.

d) El programa de adiestramiento y diseño de plantas de tratamiento de agua potable fue continuado con el INFOM, mediante la capacitación en el exterior de 3 ingenieros y el prediseño de 7 plantas.

e) Apoyo a la ERIS para la realización de cinco curso cortos de postgrado.

La cooperación técnica y financiera de otras Agencias Externas para fortalecer a las municipalidades y comités comunitarios en sus actividades administrativas y operacionales, no sólo relacionadas con el abastecimiento de agua potable y disposición de excretas, sino con otros campos de

saneamiento ambiental, es algo que debe buscarse asiduamente, ya que en èstos hay poca o ninguna cooperaciòn. Casi toda la que existe es para la construcciòn de obras.

En el Anexo 1 se muestra la cuantificaciòn de la cooperaciòn tècnica otorgada en el periodo 1986-1989.

Anexo 1

CUANTIFICACION DE LA COOPERACION TECNICA

En el periodo 1986 - 1989

AREA DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE.

		1986	1987	1988	1989 Previsto
1.	Consultores Corto Plazo, dias	60	70	30	35
2.	Profesionales con contrato local, dias.	483	613	335	300
3.	Becas, semanas	24	29	17	51
4.	Cursos	23	30	39	27
5.	Participantes a cursos	697	764	884	430
6.	Documentos entregados	11	9	19	15
7.	Estudios sobre investigaciòn	4	3	--	--

6. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma.

El grupo, una vez que conoció la guía de evaluación y como ya se había trabajado con los indicadores, procedió a dividirse en 4 subgrupos para analizar y contestar las preguntas planteadas en la Guía.

El resultado del trabajo de estos subgrupos se presenta a continuación:

Los recursos humanos formados han contribuido positivamente. Por parte de la OPS ha habido un seguimiento de las programaciones, participando activamente en la planificación, ejecución, coordinación y evaluación de actividades.

En cuanto a la magnitud, el aporte fue más de lo esperado, tomando en cuenta la limitación de recursos de la OPS.

Los recursos se han utilizado proporcionalmente a las necesidades de cada institución, con el propósito de provocar un efecto multiplicador.

El personal ha aprovechado la disponibilidad de recursos. La capacitación de personal tiene como consecuencia que las actividades se desarrollen en forma positiva, incidiendo en el mejoramiento de las condiciones sanitarias, que influyen en un mejoramiento de la calidad de vida y especialmente de la salud de las comunidades.

Se han formulado y está en proceso de desarrollo el sistema de información para planificación, operación y mantenimiento de sistemas de agua potable y saneamiento, así como el programa de operación y mantenimiento de estos sistemas a nivel rural.

Han habido importantes avances en el tratamiento de agua potable y depuración de aguas negras, así como la aplicación de metodologías para la evaluación de pérdidas y mejoramiento del sistema comercial en agua potable.

En cuanto a capacitación de personal, se lo ha preparado para que afronte también problemas ambientales (por ejemplo: evaluación de fuentes contaminantes, control ambiental e industrial, ventas de plaguicidas), así como también para que formule y gestione proyectos.

Además, se ha logrado un cambio de actitud en niveles directivos y profesionales, en relación con el uso de tecnologías apropiadas a la realidad del país. También se ha mejorado la coordinación de las instituciones del sector, involucradas en el área rural y se hacen esfuerzos para la aplicación de las recomendaciones emanadas de la asesoría técnica.

La cooperación técnica se ha adaptado a las políticas de salud relacionadas al Subsector Agua Potable y Saneamiento, las que fueron definidas por el país, adecuándose también a las necesidades reales del Subsector.

La cooperación técnica podría mejorarse mediante una precisa definición de la misma por parte de las instituciones nacionales y el compromiso de éstas de nombrar con seriedad y mantener la contraparte.

La contratación de consultores a corto plazo (STC, AT) que no conocen la realidad del país, no ha rendido los frutos esperados y la mayoría de las recomendaciones hechas por los mismos, no se han aplicado. Por otro lado, la política de contratación de profesionales nacionales ha permitido, obtener cooperación técnica apropiada y eficiente. Se estima que los STC y AT deberían utilizarse sólo en casos especiales, cuando el país no cuente con personal profesional preparado en un campo específico.

Con la cooperación técnica de la OPS se han propiciado las siguientes investigaciones:

i) Alcantarillado de pequeño diámetro para áreas marginales del Area Metropolitana de la ciudad de Guatemala (participantes: ERIS y la Municipalidad de Guatemala).

ii) Investigación del comportamiento del equipo con gases oxidantes (participantes: INFOM - UNEPAR).

iii) Evaluación rápida de fuentes contaminantes en la zona 12 de la ciudad de Guatemala (Participante: DSM).

iv) Investigación operativa de tratamiento de aguas residuales en hospitales del país (participante: DSM).

v) Tecnología apropiada para desinfección de agua con hipocloradores en el área rural y ciudades del interior (participantes: UNEPAR - INFOM).

Los resultados de estas investigaciones han tenido una buena difusión entre el grupo responsable del Subsector y han sido utilizados en proyectos demostrativos, didácticos y de investigación entre los estudiantes de Ingeniería Sanitaria.

La aplicabilidad masiva de estos resultados a nivel de servicio se espera que de en un futuro cercano.

Los recursos de la cooperación técnica han sido suministrados en forma oportuna, lo que ha permitido su utilización en una forma efectiva.

En el caso del área de agua potable y saneamiento, los insumos más importantes aportados por la OPS han sido los equipos de computación para fortalecer los sistemas de información y planificación del Subsector, pero éstos no han sido utilizados, excepto en un sólo caso, para el objeto, para el cual fueron suministrados.

En el país, una restricción importante ha sido la inestabilidad en el personal, por los frecuentes cambios de éste, inclusive dentro de la misma institución. También se puede citar la falta de seguimiento de los programas de fortalecimiento del Subsector, así como de asignación de los recursos requeridos. También se puede señalar que el nivel político decisorio no da la importancia y por ende, el respaldo a los programas de apoyo (desarrollo institucional, planificación, operación y mantenimiento, desarrollo de recursos humanos) complementarios de los proyectos de inversión.

En cuanto a la OPS, una de las principales restricciones sería los recursos limitados con que cuenta para atender la problemática del Subsector.

Se estima que la cooperación técnica ha sido pertinente por cuanto está encaminada al aumento de cobertura de los servicios, tanto en cantidad como en calidad y además procura asegurar el buen funcionamiento y conservación de los sistemas construídos.

Además, se ha impulsado la coordinación de las instituciones de agua potable y saneamiento, así como de otras afines que construyen sistemas en el área rural. También se está apoyando el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de la DSM y UNEPAR, para formular un Plan Nacional de Agua Potable para el Area

Rural, que permita visualizar el trabajo a llevarse a cabo, localidad por localidad, ahora sin servicios, por lo menos en los pròximos 5 años, así como fijar metas reales para el año 2000.

7. Indicadores para la Evaluaciòn Conjunta 1986-1989.

La OPS presentò una propuesta de indicadores para su discusiòn a la cual se le hicieron algunas modificaciones.

Con los indicadores en su forma final se procediò a la aplicaciòn de los mismos cuyos resultados se presentan en el Anexo I.

8. Recomendaciones sobre lìneas de acciòn y desarrolo futuro de la cooperaciòn.

8.1 Continuar la cooperaciòn tècnica en el campo de Atenciòn al Medio Ambiente debe continuarse, primariamente, en agua potable y saneamiento, con ènfasis en el àrea rural, apoyando la consolidaciòn del Programa de Operaciòn y Mantenimiento de Sistemas Rurales de Agua y Saneamiento.

8.2 Continuar la formulaciòn del Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable al Area Rural. En este ùltimo, deben contemplarse metas a corto, mediano y largo plazo (èstas ùltimas hasta el año 2000) y estrategias que permitan el logro de las mismas, incluyendo modalidades que permitan la preparaciòn masiva de proyectos de sistemas rurales de agua potable, la construcciòn, tambièn masiva de èstos y la incorporaciòn de recursos provenientes del FIS y del 8% de las municipalidades para estos fines.

8.3 Recomendar que el Señor Ministro de Salud Pùblica, como Vicepresidente del Consejo Nacional de Agua (CONAGUA), plantee ante el Ministerio de Finanzas que los aportes provenientes de las Agencias de Apoyo Externo al FIS sean canalizados al Ministerio de Salud Pùblica para incrementar la cobertura de agua potable y saneamiento en el àrea rural del país, en atenciòn a que este Ministerio cuenta con dos unidades debidamente organizadas y capacitadas para tal propòsito, como son la DSM y UNEPAR y ademàs,

cuenta en sus Areas de Salud con personal idòneo en saneamiento ambiental. (725 Tècnicos en los 22 departamentos del paìs.

8.4 El Ministerio de Salud Pùblica deberìa promover que las municipalidades faciliten que las comunidades rurales utilicen la parte que les corresponde del fondo del 8% que se entrega a las municipalidades, como aporte para la construcciòn de sus sistemas de agua potable y saneamiento.

8.5 Recomendar que el Ministerio de Salud Pùblica contacte a la Facultad de Ingenierìa de la USAC y a la ERIS para que sus estudiantes colaboren en la preparaciòn masiva de los diseños de los sistemas rurales de agua y saneamiento y que utilicen a su personal de saneamiento ambiental de las Areas de Salud, en la supervisiòn de la construcciòn masiva de estos sistemas.

8.6 La cooperaciòn tècnica debe encaminarse a la bùsqueda de soluciones ena los problemas de recolecciòn, transporte y disposiciòn final de residuos sòlidos, principalmente en las ciudades del interior del paìs y en las localidades rurales concentradas.

8.7 Estudiar soluciones a la higiene de la vivienda, tendientes a disminuir la incidencia de las infecciones respiratorias agudas.

8.8 Continuar la cooperaciòn tècnica a la Escuela Regional de Ingenierìa Sanitaria (ERIS), para presentar y difundir nuevas tecnologìas relacionadas con la soluciòn de problemas de ingenierìa sanitaria y ambiental que puedan ser aprovechadas y puestas en pràctica por las instituciones que trabajan en el campo del saneamiento ambiental.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
CONTROL DE ALIMENTOS
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante los días 28 y 31 de julio de 1.989.

Guatemala, julio - agosto de 1.989.

Control de alimentos.

Participantes:

Lcda. Teresita de Miranda	MSPAS
Sr. Arnoldo Arevalo	DIRECC.TEC.SANIDAD VEG/MAGA
Dr. Ricardo Asturias Valenzuela	MUNICIPALIDAD GUATEMALA
Dr. Guillermo A. Caballeros	DIGESEPE/MAGA
Lcda. Eugenia Canahui de Porras	MSPAS
Sra. Candida de Casasola	MSPAS
Dr. Juan Ricardo Castillo	DGSS
Dr. Paul Chinchilla	IGSS
Lcda. Alma Aida Hernàndez	DGSS
Ing. Agr. Julio Martinez	COMITE RECONSTRUCCION NAC
Lcda. Concepciòn Mendoza de Bosqua	INCAP
Sra. Elizabteh de Mueller	LIGA DEL CONSUMIDOR
Sr. Carlos Abel Noriega	DIGESA/MAGA
Sra. Maria A. Pardo de Chavez	
Dr. Alvaro Ponce Ponce	DIFESEPE/DIGESEPE
Lic. Salvador Quintana	UNIV. DEL VALLE DE GUATE.
Sr. Helio Urzua Casasola	DRCA
Lcda. Lilian Villagran de Batres	COMISION GUAT. DE NORMAS
Lcda. Juana de Rodrìguez	MSPAS
Dr. Dannys Cifuentes	MSPAS
Lcda. Elsa de Reyes	LUCAM
Dr. Francisco Ardòn	
Ing. Pedro Saravia	
Ing. Alejandro Fuentes	

Moderador: Dr. Dannys Cifuentes

Relator: Lcda. Juana M. de Rodriguez

Consultor: Ing. Marit de Campos

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS AREA DE CONTROL DE ALIMENTOS.

1986 - 1989

1. Propòsito.

1.1 Evaluar la cooperaciòn tècnica recibida por el paìs en el àrea de Control de Alimentos y Control de Plaguicidas,proporcionada por la Organizaciòn Panamericana de la Salud/Organizaciòn Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar lìneas de acciòn para la cooperaciòn tècnica a recibir en el futuro.

2. Problema:

A pesar de los logros alcanzado en la estabilizaciòn de los precios con el programa de Reordenamiento Econòmico y Social de corto plazo, el abastecimiento de los productos bàsicos es aùn incierto, lo que crea presiòn infrlacionaria. Por otra parte, no existe un programa que garantice al consumidor que, por precios iguales adquiere productos de igual calidad.

2. El control de Alimentos.

El control de alimentos es una responsabilidad que està dividida entre el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, el Ministerio de Agricultura, Ganaderìa y Alimentaciòn y las Municipalidades, cada uno en su campo.

El control de calidad de alimentos, expendidos al consumidor se hace a nivel de inspecciòn y de laboratorio. La inspecciòn en la ciudad capital se lleva a cabo en forma sistemàtica, mientras que a nivel de Departamentos la Inspeciòn es esporàdica. No se cuenta con un catastro de los expendios de alimentos, pero se estima que a nivel de la capital se inspecciona el 60% de los establecimientos cada año. A nivel de laboratorio, el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social hace anàlisis de componentes nutritivos, anàlisis microbiològico, de aditivos, de adulterantes y de contaminantes como plaguicidas, micotoxinas, metales pesados y saxitoxinas, ademàs de investigaciòn en casos de toxiinfecciones alimentarias.

En 1988 se analizaron 1,100 muestras para el registro sanitario y 4,000 muestras para el control de alimentos en general. De las muestras para registro el 15% fueron rechazadas por no cumplir con las normas y de las muestras de control, el 40%. Para mejorar esta situaciòn se hace un seguimiento que incluye asesorìa tècnica.

Se considera que el control microbiològico es de especial importancia, debido a que la higiene en la manipulaciòn de alimentos deja mucho que desear. Se ha visto la necesidad de mejorar los aspectos higiènicos y se estàn llevando a cabo campañ educativas a nivel de manipuladores.

La calidad de la leche ha recibido especial atenciòn durante el año 1988, tanto en el aspecto microbiològico como en el aspecto fìsicoquìmico, pero no existen datos oficiales para cuantificar los problemas existentes.

La contaminaciòn de alimentos con plaguicidas organoclorados no es actualmente un problema, pues se ha logrado controlarlo mediante la prohibiciòn de estos productos. Sin embargo, se mantiene un monitoreo que detecte cualquier problema que pueda surgir. Otros plaguicidas como insecticidas organofosforados y fungicidas ditiocarbamatos se controlan especialmente en verduras, donde ocasionalmente se pueden encontrar niveles altos.

Despuès de un brote de IPM (intoxicaciòn paralìtica por mariscos o Marea Roja) en 1987 el control de saxitoxinas en bibalbos se hace rutinariamente.

Para alimentos de exportaciòn se llevan a cabo los anàlisis requeridos por el pais importados. En carne se hacen determinaciones de especie y de residuos de plaguicidas y antibiòticos, y en verduras determinaciòn de residuos de plaguicidas.

3. Revisiòn y anàlisis de las politicas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relaciòn con el àrea de Control de Alimentos.

3.1 Politica de salud y saneamiento ambiental del Plan del Gobierno Demòcrata Cristiano.

El area programàtica bajo evaluaciòn, control de alimentos incluyendo control de plaguicidas, se enmarca en las siguientes politicas del sector salud, incorporadas dentro del Plan de Gobierno, que a continuaciòn se transcribe:

Protecciòn, conservaciòn y mejoramiento de la Salud Ambiental:

"Consiste bàsicamente en el fortalecimiento de los programas de saneamiento ambiental. Ademàs mejorar la coordinaciòn entre las distintas unidades del Ministerio que ejecutan programas de saneamiento del medio con otros organismos pùblicos y privados dedicados a la ejecuciòn de actividades en dicho campo".

Se debe tener en cuenta, que es necesario:

- "mejorar la capacidad operativa de las unidades a cargo de programas y proyectos"; la preparaciòn de los recursos humanos que sean necesarios para la ejecuciòn de programas y proyectos, y el "establecimiento de los mecanismos de coordinaciòn y de acciones integrales intra y extrasectoriales".

Dentro de las àreas programàticas de las "Politicas y estratègias de Salud" se encuentran las siguientes: la atenciòn preventiva, las campañas de educaciòn en salud; ademàs una de las 4 metas que se pretende alcanzar durante los pròximos años, es la de disminuir la Mortalidad Infantil en un 50% y se menciona la diarrea como uno de los agentes causales que debe recibir especial atenciòn.

La calidad de los alimentos tiene un efecto directo sobre la salud del consumidor. Segùn el documento "Inocuidad de los Alimentos y Salud Humana", preparado por la Organizaciòn Mundial de la Salud: "una de las causas principales de la mal nutriciòn es el consumo de alimentos contaminados y de mala calidad higiènica que provocan enfermedades transmitidas por los alimentos

como la diarrea aguda. Incluso la alimentaciòn màs equilibrada serà ineficaz si no se utilizan adecuadamente los nutrientes a causa de infecciones repetidas y de frecuentes episodios diarrèicos".

3.2 Memoràndum Presidencial II (1987-1989).

Garantizar que los consumidores dispondràn de los productos alimenticios bàsicos en la cantidad suficiente y en forma permanente. De igual manera, estimular la producciòn nacional de alimentos mediante precios estables que retribuya el esfuerzo de campesinos y empresarios agrìcolas. Debe sumarse la gestiòn permanente de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales por conseguir y utilizar òptimamente la mayor cantidad de ayuda alimentaria externa que los paìses amigos estàn dispuestos a brindarnos hasta que logremos la autosuficiencia. Esto es especialmente aplicable a los siguientes productos: maìz, frijol, arroz, huevos, carne de pollo, carne de pescado, medicinas bàsicas, leche, pan y aceite.

3.3 Programa de Reorganizaciòn Nacional 1987-1988.

roblema:

Lograr, gradual y progresivamente la garantìa de calidad de los productos que se producen y/o comercializan en el mercado nacional. como objetivo instrumental, incorporar a las organizaciones de productores, comerciantes y consumidores al proceso.

3.4 Plan de Salud (1987-1991).

Esta àrea contiene una serie de componentes ìntimamente relacionados con la salud y que pueden influirla en forma positiva o negativa.

Control de alimentos.

Està orientado a mejorar y ampliar los servicios de protecciòn de alimentos con mecanismos eficaces de control, que respondan a las necesidades de los centros rurales y urbanos incluyendo los grupos de poblaciòn marginales que son los màs expuestos a la contaminaciòn alimentaria y sufren la mayor incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos. Es necesario integrar estas acciones con las otras actividades generales de salud.

Actividades:

Fortalecimiento de programas de protecciòn de los alimentos mediante: A) Evaluaciòn de las necesidades administrativas, tècnicas y operativas de las instituciones y desarrollo de los sistemas de informaciòn, administraciòn y operaciòn; B) Mejoramiento de los servicios para anàlisis de los alimentos; C) Establecimiento de servicios eficaces de inspecciòn con mejores pràcticas operativas; D) Estìmulo del interès de los consumidores en la aplicaciòn de los principios y pràcticas de manipulaciòn higiènica de los alimentos, destinados a su propio consumo; E) Evaluaciòn de la infraestructura existente e identificaciòn de prioridades, la Microbiologìa de los alimentos de origen animal; F) Cooperaciòn en el fortalecimiento de los medios de apoyo de laboratorios, para programas de protecciòn de los alimentos, incluyendo la microbiologìa de èstos; G) Cooperaciòn en el establecimiento de tecnologìa apropiada para la elaboraciòn higiènica de los alimentos de origen animal, de manera que responda a las necesidades de las zonas rurales y urbanas; H) Cooperaciòn en el desarrollo de una estrategia y plan de acciòn integrados para la protecciòn legal de los alimentos.

Control de establecimientos de atenciòn al pùblico.

Los establecimientos de atenciòn al pùblico tales como los hospedajes, los expendios de alimentos y bebidas, centros de recreaciòn, cultura, higiene y arreglo personal son autorizados y controlados por

el Ministerio de conformidad con el còdigo de Salud vigente. Con el fin que esta labor se ejecute oportuna y eficientemente, se capacitarà al personal encargado de la misma y tambièn se le supervisarà periòdicamente, para velar porque cumpla con sus atribuciones, tenièndose que establecer normas de control de establecimientos y de trabajo para el personal que realice estas funciones.

3.5 El area programatica de control de alimentos, incluyendo control de plaguicidas.

Alimentos:

En Guatemala la responsabilidad directa del control de la calidad de los alimentos està dividida entre los Ministerios de Salud Pùblica y Asistencia Social (MSPAS) y de Agricultura, Ganaderìa y Alimentaciòn (MAGA). El control de los alimentos de origen vegetal corresponde al MSPAS desde la entrada a la planta procesadora hasta el consumidor, mientras que el MAGA, por el Decreto Ley 34-84, tiene la responsabilidad de la calidad de todos los alimentos de origen animal, desde la producciòn hasta que entran al expendio. En el expendio el MSPAS asume la responsabilidad. Ademàs por el Decreto Ley 23-87 la Comisiòn Guatemalteca de Normas (COGUANOR) tiene la competencia de verificar la calidad de los alimentos e imponer sanciones y las municipales tienen responsabilidades directas en el control de rastros locales, mercados y ventas callejeras.

En el MSPAS la proteccìòn de alimentos forma parte de las actividades de la Divisiòn de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos (DRCMA) a travès de dos de sus departamentos: el Departamento de Registro y Control de Alimentos (DRCA) y el Laboratorio Unificado de Control de Alimentos y Medicamentos (LUCAM). Ademàs los centros de salud, en su jurisdicciòn, tienen delegada la responsabilidad de velar por la buena proteccìòn de los alimentos.

El programa consta de tres elementos, inspecciòn, anàlisis de laboratorio y ejecuciòn legal, todos recibiendo cooperaciòn por parte de la OPS.

LUCAM:

El LUCAM es el laboratorio oficial del MSPAS, el apoyo tècnico para el programa de proteccìòn de alimentos.

Cuenta con un total de 60 empleados. El laboratorio lleva a cabo evaluaciòn de calidad para el registro sanitario de alimentos, para programas de control de los productos en el mercado y para la industria privada; ademàs hace investigaciòn, da asesorìa y capacitaciòn en tècnicas analìticas a profesionales nacionales e internacionales mediante cursos, adiestramiento en servicio, programas de cooperaciòn para el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la USAC y asesoramiento de tesiss para las universidades

Se invierte mucho esfuerzo para que el LUCAM tenga actualizada la metodologìa especìfica para el anàlisis de los componentes y contaminantes màs importantes de los alimentos, lo que requiere tambièn personal especializado en sus respectivos campos. El anàlisis de alimentos en el LUCAM incluye anàlisis microbiològico, anàlisis de micro- y macro-componentes y aditivos, asì como el anàlisis de contaminantes como plaguicidas, microtoxinas, metales tòxicos y saxitoxinas de la Intoxicaciòn Paralìtica por Mariscos (IPM, "Marea Roja").

Para el anàlisis de alimentos el laboratorio recibiò durante los aÑos 1974-1979 un fuerte apoyo financiero externo a travès de un proyecto tripartito Gobierno de Guatemala/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo/OPS. Debido a este apoyo el LUCAM cuenta con instrumentos de laboratorio altamente sofisticados y es probablemente hoy en dìa el laboratorio de control de alimentos mejor equipado en toda Amèrica Latina.

El LUCAM, en Cooperaciòn con la OPS, ha impartido varios cursos internacionales sobre diferentes aspectos de anàlisis de alimentos y ha entrenado becarios extranjeros en tècnicas analìticas.

Debido a la capacidad instalada, el LUCAM fuè el primer laboratorio en paìses en vìa de desarrollo, aceptado para participar en el programa internacional "Programa Conjunto FAO/OMS de Vigilancia de Contaminantes en Alimentos".

El LUCAM està ubicado dentro del Instituo de Centroamèrica y Panamà (INCAP), con el cual ha suscrito un convenio de cooperaciòn. Debido al gran crecimiento del laboratorio despuès de su creaciòn en 1974, el espacio fìsico es actualmente muy limitado para la diversidad de actividades requeridas.

El MSPAS ha suscrito para el LUCAM un convenio de cooperaciòn con la OPS (septiembre 1986).

Direcciòn de Registro y Control de Alimentos. DRCA.

El DRCA cuenta con una secciòn de inspecciòn y una secciòn de asesorìa jurìdica, con un total de 48 empleados. No ha recibido el apoyo de un proyecto de financiamiento especìfico y esto se refleja en una infraestructura subòptima y poco equipo. La falta de medios adecuados de transporte para inspecciòn y envìo de muestras y la falta de equipo e insumos para las actividades de inspecciòn, dificulta el funcionamiento òptimo del departamento.

Sin embargo, aùn con estas limitaciones, se ha logrado aumentar grandemente la cobertura y la eficiencia del departamento durante el perìodo de evaluaciòn.

El DRCA tiene bajo su responsabilidad los servicios de inspecciòn a la industria alimentaria, el registro higiènico sanitario de los alimentos, la programaciòn y ejecuciòn del control de alimentos del mercado en coordinaciòn con el LUCAM, la supervisiòn de los programas de alimentos fortificados, la imposiciòn de sanciones, asesorìa a la industria, capacitaciòn a inspectores y manipuladores de alimentos y ha iniciado las actividades de educaciòn al pùblico consumidor.

Registro Sanitario:

El DRCA tiene la responsabilidad de otorgar el registro sanitario de los alimentos industrializados antes de su comercializaciòn. El registro consiste en el estudio de la documentaciòn presentada sobre los ingredientes, se asegura que las etiquetas son correctas y se hace el anàlisis de la calidad en el laboratorio.

Programas de Control:

Ademàs del registro de alimentos, se llevan a cabo programas de control, coordinados con el LUCAM, para verificar la calidad de los alimentos en el mercado. Entre los programas de control màs importantes se puede mencionar el control de la yodizaciòn de la sal y la vitamina "A" en azùcar. Otros programas de importancia son la investigaciòn de adulterantes en alimentos, el control de los aditivos como colorantes y conservantes, el control microbiològico y el anàlisis de residuos de plaguicidas, aflatoxinas y metales tòxicos en alimentos del mercado.

Inspecciòn:

La secciòn de inspecciòn lleva a cabo inspecciones en fàbricas procesadoras, restaurantes y expendios de alimentos, y la secciòn jurìdica tiene la responsabili-

dad del cumplimiento de las disposiciones.

Capacitaciòn:

Se de ènfasis a la asesorìa directa a los productores, manipuladores y expendedores de alimentos.

El DRCA, en cooperaciòn con la OPS, ha capacitado a los inspectores de saneamiento ambiental en los centros de salud para mejorar el control de alimentos a nivel departamental.

Vigilancia epidemiològica:

Debido a la gran importancia que tiene los alimentos como factor causante de muchas enfermedades, en especial las diarrèicas, es importante conocer la incidencia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). El DRCA carece del apoyo de una vigilancia epidemiològica en este campo para establecer las àreas prioritarias de control dentro del programa.

Control de Plaguicidas:

Debido a que la contaminaciòn de alimentos con plaguicidas ha sido, y es, un gran problema en Guatemala, la OPS ha incluido el control de plaguicidas dentro del àrea de cooperaciòn de control de alimentos.

En la Direcciòn General de Servicios de Salud (DGSS) la Comisiòn de Plaguicidas fuè creada en 1985 con miembros de las diferentes divisiones de la Direcciòn, de la Universidad de San Carlos de Guatemala y de la OPS. La Comisiòn, por decisiòn del Director General es coordinada por el LUCAM.

Segùn sus atribuciones, la Comisiòn debe prestar asesorìa sobre problemas relacionados con plaguicidas, proponer normas, llevar a cabo programas de capacitaciòn y mantener la coordinaciòn con el MAGA a travès de la Comisiòn Permanente Interistitucional para el Manejo Seguro de Plaguicidas.

Los programas de capacitaciòn, con apoyo de la OPS, han recibido una atenciòn especial dentro de la Comisiòn.

Control de actividades entre ministerios:

Para que el consumidor pueda adquirir alimentos de buena calidad, es necesario que la manipulaciòn del producto haya sido correcto e higiènico desde el sitio de origen y a travès de toda la cadena de manipulaciòn o de procesamient, hasta llegar a las manos del compra-

dor. Es por lo tanto necesario que el Control de Calidad se lleve a cabo a lo largo de toda la cadena de manipulaciòn y que las instituciones responsables coordinen sus actividades de control. Sin embargo, no se ha logrado coordinar efectivamente las actividades de protecciòn de alimentos de los ministerios involucrados y de las municipalidades.

No existe en Guatemala una Ley Unica de Protecciòn de Alimentos que involucre al Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, al Ministerio de Agricultura, Ganaderìa y Alimentaciòn, al Ministerio de Economìa y a las Municipalidades y que asegure la coordinaciòn de todas las actividades relacionadas con protecciòn de alimentos.

3.6 Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San Josè, Costa Rica.

En el iforme final de la III Reuniòn del Sector Salud de Centroamèrica y Panamà, Managua 27-29.VIII, 1987 la IX se refiere a la prioridad del àrea de "agua y saneamiento", incluyendo la salud ocupacional agrìcola. La protecciòn de los alimentos, aunque en este caso implìcito es parte integral del saneamiento del medio.

La salud ocupacional agrìcola se ve grandamente afectada por el uso extensivo de plaguicidas y el control efectivo de plaguicidas vendrà a mejorar la salud del trabajador agrìcola.

4. Discusiòn General.

Durante las discusiones, el grupo destacò la importancia de la protecciòn de alimentos y la vigilancia alimentaria dentro de los programas de salud; se hizo ènfasis en la calidad de los alimentos como uno de los principales problemas de salud pùblica en el paìs, aunque a veces no es reconocido como tal e incluso ha sido minimizado dentro de la problemàtica de la salud. Existen grandes deficiencias en la calidad de los alimentos consumidos en Guatemala. Los problemas se detectan desde el lugar de origen, pasando

luego por los procesos de elaboración, transporte y almacenamiento hasta los expendios, los restaurantes y las ventas callejeras.

Se mencionaron como problemas de especial importancia:

- Cisticercosis causada por el consumo de verduras y frutas crudas, contaminadas por el uso de agua servidas, y por el consumo de carne de cerdo contaminada.

- Contaminación microbiológica por falta de higiene.

- Contaminación química por plaguicidas y metales tóxicos.

Una de las causas más importantes de mortalidad infantil en el país lo constituyen las diarreas. Si tomamos en cuenta que gran parte de los casos de diarrea provienen de agua y alimentos contaminados, el control de los alimentos se constituye en un elemento importante dentro de lo que es atención preventiva en salud, con lo cual se estaría apoyando una de las metas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como la reducción del 50% de la mortalidad infantil. Se recalcó también el hecho de que una de las causas importantes de la desnutrición es el consumo de alimentos contaminados o de mala calidad higiénica que provocan enfermedades transmitidas por los alimentos, como la diarrea aguda. Esto induce a una inadecuada utilización de nutrientes, aún cuando éstos están presentes en suficiente cantidad y en forma equilibrada.

Para la planificación en salud se debe enfatizar que las medidas preventivas son más eficientes y menos costosas que las curativas y que por su importancia dentro de estas medidas, los programas de protección de alimentos deben recibir un apoyo sustancialmente mayor que lo que actualmente reciben.

Según la "Constitución Política de la República de Guatemala", la disponibilidad de alimentos de buena calidad es un derecho constitucional del consumidor, siendo el Estado el responsable del control de la calidad de los productos alimenticios. El control de calidad de los alimentos incluye la verificación de la presencia de micro y macronutrientes y la ausencia de adulterantes, aditivos nocivos y contaminantes químicos y microbiológicos.

La protecciòn de alimentos es responsabilidad de varios ministerios y para lograr un control eficiente, es necesario coordinar las actividades. Sin embargo, hasta la fecha esta coordinaciòn ha sido deficiente.

El grupo reconociò que se estàn haciendo grandes esfuerzos para mejorar la calidad de los alimentos y que se han reportado muchos logros. Sin embargo, los pocos recursos que han recibido los programas de protecciòn de alimentos y la falta de una coordinaciòn adecuada entre los ministerios y las instituciones involucradas, han impedido que las acciones hayan tenido los resultados esperados.

Se enfatizò que es necesario contar con el apoyo polìtico a màs alto nivel para que las acciones preventivas o correctivas en protecciòn de alimentos tengan el efecto deseado. Para proteger la salud de la poblaciòn, las dependencias de control deben a veces tomar acciones que afectan intereses privados y es necesario contar con el apoyo polìtico para llevarlas a cabo.

La contaminaciòn de los alimentos con plaguicidas ha causado grandes problemas econòmicos y de salud, la misma està disminuyendo la exportaciòn de alimentos y por sus implicaciones en la salud, su control es importante dentro de los programas de protecciòn de alimentos. En el pasado se reportaron en Guatemala niveles de plaguicidas en leche humana y tejido adiposo humano que eran superiores a los reportados en cualquier otro paìs del mundo. Como en el caso de control de alimentos, el control de los plaguicidas es tambièn responsabilidad de varias instituciones de diferentes ministerios, lo cual requiere coordinaciòn de las actividades.

4.1 Polìticas de Gobierno y el Plan de Salud del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, en lo referente a la protecciòn de alimentos y control de plaguicidas.

El grupo concluye que los alimentos en cantidad suficiente y de buena calidad son un elemento importante para lograr una buena salud y por lo tanto la protecciòn de de alimentos es prioritaria para lograr llenar este requisito. Ademàs, dentro del saneamiento ambiental, el control de plaguicidas debe recibir la debida atenciòn.

Se propone que la protecciòn de alimentos y el control de plaguicidas c incorporarse en las politicas de salud en la siguiente forma:

a. Aumento de cobertura:

Aumentar eficazmente los servicios de inspecciòn, los servicios analìticos y las acciones preventivas y correctivas ya establecidas y lograr llegar a las àreas màs desatendidas del pais a travès de una cobertura nacional.

b. Alimentaciòn y nutriciòn:

Establecer las adecuadas acciones tendientes a mejorar las condiciones nutricionales de la poblaciòn, a travès de alimentos inocuos y de buena calidad que a la vez suministren a la poblaciòn nutrientes bàsicos para su desarrollo. Estos alimentos deben estar al alcance de todos los estratos sociales.

c. Protecciòn, conservaciòn y mejoramiento de la salud ambiental.

Consiste basicamente en el fortalecimiento de los programas de saneamiento bàsico, mejorando la coordinaciòn intra y extrasectorial de las acciones adecuadas. Se debe dar ènfasis a los centros de producciòn, conservaciòn y distribuciòn de alimentos asì como de productos agroquìmicos, en beneficio de la poblaciòn.

d. Desarrollo institucional y administrativo del sector:

Establecer acciones dirigidas a mejorar la capacidad operativa de las entidades ejecutoras de los programas prioritarios de salud, para mejorar las prestaciones de los servicios a travès de los sistemas de inspecciòn, servicios analìticos y aspectos legales sobre la protecciòn de alimentos y el control de plaguicidas. Por lo tanto se requiere de recursos en equipo e insumos y la preparaciòn tècnica de los recursos humanos que sean necesarios para el adecuado y eficaz desarrollo de los proyectos y programas de protecciòn de alimentos y control de plaguicidas. Es necesario

el establecimiento de acciones integradas entre las instituciones y los ministerios que participan en la protecciòn de alimentos y el control de plaguicidas.

4.2 Areas programàticas de las politicas y sus estrategias, en lo referente a la protecciòn de alimentos y control de plaguicidas.

a) Atenciòn preventiva:

Adaptar un sistema adecuado de vigilancia epidemiològica en lo referente a las Enfermedades-Transmitidas por alimentos y fortalecer la Comisiòn de Plaguicidas de la Direcciòn General de Servicios de Salud a fin de lograr el uso racional de los plaguicidas.

b) Promociòn y divulgaciòn:

Realizar campañas educativas a la poblaciòn relacionadas con la protecciòn de alimentos y el control de plaguicidas, con el fin de promover, incrementar y reforzar la concientizaciòn al pùblico consumidor en el adecuado manupuleo de los alimentos y la utilizaciòn racional de los plaguicidas. Para un mayor impacto de estas campañas deben incluirse a nivel escolar primario.

Con relaciòn a la RESSCAP se concluyò que no se ha cumplido con el citado compromiso, ya que el Estado aùn no tiene una definiciòn clara sobre Politica Alimentaria. La protecciòn de alimentos y la vigilancia alimentaria no estàn claramente incluìdas dentro de las politicas de salud, aunque indirectamente si estàn contempladas como ya se indicò en la discusiòn anterior.

Por el efecto directo que tiene la calidad de los alimentos sobre la salud, se considera que para el beneficio de la poblaciòn, la protecciòn de los alimentos debe estar incluìda como un àrea prioritaria dentro de esta politicas.

4.3 Proyecciones relacionadas con politicas y estrategias:

Fuè concenso general que para poder cumplir con las políticas y estrategias de gobierno en cuanto a Alimentaciòn y Nutriciòn, aumento de cobertura, mejoramiento de la salud ambiental, salud preventiva y promociòn y divulgaciòn, es necesario:

a. Promulgaciòn de la Ley Unica de Protecciòn de Alimentos y Coordinaciòn Inter-Institucional.

b. Priorizaciòn para mejorar el Control de Alimentos.

c. Educaciòn en Protecciòn de Alimentos y Control de Plaguicidas.

d. Regionalizaciòn.

4.3.1 Ley unica de proteccion de Alimentos y Coordinaciòn Inter-Institucional.

Segùn la legislaciòn vigente, tres ministerios tienen la responsabilidad del control de alimentos en Guatemala: el MSPAS, el MAGA y el Ministerio de Economía. Ademàs las municipalidades tienen responsabilidad directa en el control de rastros locales, mercados y ventas callejeras. El Comitè de Reconstrucciòn Nacional es responsable del control de calidad de los alimentos donados a travès de esa instituciòn.

Actualmente no existe una Ley Unica que defina claramente las responsabilidades especificas de cada instituciòn involucrada y que establezca los mecanismos de coordinaciòn. Esto ha dado como resultado que las actividades para la protecciòn de alimentos se han llevado a cabo sin una programaciòn coordinada. En algunos casos hay duplicidad de acciones con pèrdida de valiosos recursos y en otros casos las acciones necesarias no se toman debido a problemas legales.

Hubo concenso general de los participantes de todos los sectores, sobre la urgencia de la promulgaciòn de una Ley Unica de Protecciòn de Alimentos. En dicha Ley se tendrà tambièn previsto lo referente a las donaciones de alimentos al pais y la publicidad relacionada con alimentos y el uso de plaguicidas.

Se discutiò tambiò que es necesario elaborar un Programa Nacional Integrado de Protecciòn de Alimentos, basado en esa Ley.

Mientras la promulgaciòn de la Ley Unica y la aproba-

ciòn del programa nacional se hacen efectivos, es necesario que las autoridades involucradas en la protecciòn de alimentos lleven a cabo la eficaz coordinaciòn inter-institucional, a fin de poder realizar un mejor control, con lo cual se lograrìa el adecuado empleo de suministros y la utilizaciòn racional de los recursos y de la cooperaciòn tècnica de la OPS.

Es de suma importancia dejar a un lado los celos profesionales y los "feudos" implantados, para lograr un efectivo control de los alimentos con un mayor beneficio a los consumidores.

Esta situaciòn tambièn ha afectado la cooperaciòn tècnica de la OPS. Se considera que las actividades de la cooperaciòn se han desarrollado en una forma eficiente sin embargo, para poder implementar acciones que impacten a la poblaciòn y que generen cambios sustanciales, se requiere de la incorporaciòn de todos los sectores involucrados dentro de una planificaciòn integral. Para lograr desarrollar programas efectivos de este tipo es necesaria la ampliaciòn del apoyo tècnico por parte de la OPS.

4.3.2 Educaciòn.

Debido a que la educaciòn es la acciòn de desarrollar las facultades fìsicas, intelectuales y morales y que por lo tanto es el complemento de la instrucciòn, fuè concenso general que para que realmente exista una estrategia para mejorar la calidad de los alimentos es necesario reforzar la ense;anza primaria con programas tendientes a una educaciòn integrada. Se debe coordinar con el Ministerio de Educaciòn los programas tendientes a reforzar los conocimientos sobre protecciòn de alimentos y control de plaguicidas y hacer esfuerzos con el fin de integrarlos al pensum de estudios.

Ademàs, tambièn son necesarios programas de educaciòn continuada a manipuladores y al pùblico consumidor en general, haciendo uso de las ayudas de difusiòn con las que se cuenta: radio, televisiòn, prensa, carteles, etc.

Asì mismo, deben hacerse reforzamientos continuos de conocimientos para profesionales y tècnicos involucrados directamente en el control de alimentos, para que por medio de ellos los programas de control de calidad sean màs eficaces.

En la misma forma, debe hacer programas de educaciòn en el manejo seguro de plaguicidas.

Muchas de las actividades mencionadas ya se han iniciado, pero se considerò expanderlas, e incluir en su programaciòn los elementos de seguimiento y evaluaciòn.

4.3.3 Priorizaciòn.

Se llegò a la conclusiòn, que para mejorar y hacer màs eficaz el control de alimentos con los recursos con que se cuenta, es necesaria la priorizaciòn de los mismos. Debe hacerse un estudio previo que permita conocer la magnitud del problema, es decir que porcentaje de la poblaciòn consume determinado alimento, cuales van a ser las consecuencias si se encuentra contaminado y que recursos van a ser necesarios para controlar los efectos adversos producidos.

Sin embargo, no debe dejarse totalmente por un lado el monitoreo de otros alimentos que en un determinado momento puedan provocar problemas al consumidor.

Para lograr una òptima priorizaciòn, es necesario que todas las instituciones involucradas en protecciòn de alimentos y control de plaguicidas hagan conjuntamente una coordinaciòn adecuada para que la ayuda brindada por la cooperaciòn tècnica de la OPS, sea utilizada en la mejor forma y con una mayor cobertura a nivel nacional.

4.3.4 Regionalizaciòn.

Se destacò la deficiencia de control de alimentos en las diferentes regiones del paìs, ya que actualmente èste se centra principalmente en la regiòn metropolitana.

A travès de la capacitaciòn de inspectores polivalentes se ha intentado dar una mayor cobertura a las actividades en protecciòn de alimentos y control del uso de plaguicidas. Sin embargo, esto no ha sido suficiente y fue opiniòn generalizada que deben hacerse mayores esfuerzos en este campo y lograr mediante una ampliaciòn de la ayuda de la cooperaciòn tècnica la descentralizaciòn de los servicios en la siguiente forma:

a) Para lograr un efecto multiplicador de los programas de capacitaciòn, el DRCA y la Comisiòn de Plaguicidas enfatizaron la necesidad de disponer de material didàctico para uso regional.

b) Se considerò que la inclusiòn de las actividades

de protecciòn de alimentos y control de plaguicidas dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), tendrìa un efecto beneficioso para el control a nivel local.

c) El LUCAM considerò importante descentralizar los servicios analìticos, establecièndose laboratorios a nivel regional. Para la formaciòn de èstos se necesitarìa personal, recursos e insumos suficientes para efectuar anàlisis sencillos de control. Esto aumentarìa grandemente la eficiencia de los servicios a nivel loca. El personal podrìa ser entrenado a nivel central para aprovechar la capacidad ya existente.

5. Revisiòn de la Cooperaciòn Tècnica de la informaciòn de Proyectos, actividades del periodo 1986-1989.

Alimentos.

La cooperaciòn tècnica durante el periodo 1986-1989 incluyò un consultor permanente en control de alimento, un consultor interpaìs en salud pùblica veterinaria (hasta 1988) y recursos adicionales de aproximadamente US$ 15,000 por año.

En Guatemala la responsabilidad del control de la calidad de los alimentos està dividida entre varios ministerios e instituciones: Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social (MSPAS); Ministerio de Agricultura, Ganaderìa y Alimentaciòn (MAGA); Comisiòn Guatemalteca de Normas (COGUANOR) y Municipalidades.

La mayor parte de la Cooperaciòn Tècnica fuè dada al MSPAS en menos grado al MAGA. Fuera de estos dos Ministerios, otras instituciones involucradas en protecciòn de alimentos no recibieron cooperaciòn tècnica por parte de la OPS/OMS durante el periodo, en parte debido a los pocos recursos disponibles y en parte debido a que la cooperaciòn no fue solicitada.

En el sector salud la cooperaciòn se diò principalmente al Departamento de Registro y Control de Alimentos (DRCA) y al Laboratorio Unificado de Control de Alimentos y Medicamentos (LUCAM), ambos departamentos de la Divisiòn de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos. Dentro de la cooperaciòn se diò ènfasis a la

formaciòn de recursos humanos. La mayor parte de los recuros fueron fondos regulares, pero en algunos casos se utilizaron fondos regionales.

El DRCA tiene bajo su responsabilidad los servicios de inspecciòn a la industria alimentaria, el registro higiènico sanitario de los alimentos, la programaciòn y ejecuciòn del control de los alimentos del mercado en coordinaciòn con el LUCAM, la supervisiòn de los programas de alimentos fortificados, la imposiciòn de sanciones, asesorìa a la industria, capacitaciòn a inspectores y manipuladores de alimentos y ha iniciado actividades de educaciòn al pùblico consumidor.

El LUCAM lleva a cabo evaluaciòn de calidad para el registro sanitario de alimentos, para programas de control de los productos en el mercado y para la industria privada; ademàs hace investigaciòn, da asesorìa y capacitaciòn en tècnicas analìticas a progesionales nacionales e internacionales mediante cursos, adiestramiento en servicio, programas de cooperaciòn para el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) de la USAC y asesoramiento de tesis para las universidades.

La cooperaciòn tècnica ha incluido asesorìa en la organizaciòn y programaciòn de actividades; apoyo para la realizaciòn de las mismas; y formaciòn de recursos humanos en actividades de inspecciòn, de laboratorio y de ejecuciòn legal, tanto en forma directa en el paìs como mediante becas y asistencia a seminarios, cursos y talleres en el extranjero.

Para el DRCA se cooperò con un consultor a corto plazo con el fin de elaborar un proyecto para solicitar financiamiento externo para el departamento y para los centros de salud en sus actividades de control de alimentos.

Organizaciòn de actividades.

La OPS/OMS ha cooperado en la organizaciòn de las actividades del LUCAM y del DRCA, dando ènfasis a la coordinaciòn entre las dos entidades. Se ha participado en la organizaciòn interna del LUCAM, y en el DRCA se ha participado en la elaboraciòn e implementaciòn de un sistema actualizado de registro sanitario de alimentos.

Mediante becas y asistencia a cursos, seminarios y talleres se dio capacitaciòn a profesionales del LUCAM

y del DRCA en ejecución de actividades específicas y planificación de programas, sumando un total de 15 semanas/hombre.

Inspección.

Las inspecciones se llevan a cabo en fábricas procesadoras, restaurantes y expendios de alimentos. En este campo se ha capacitado a dos profesionales, uno del MAGA y uno del DRCA, 12 semanas/hombre en total. - Además, se dio cooperación para la organización y realización de cursos sobre técnicas de inspección y muestreo de alimentos para inspectores de saneamiento ambiental de los centros de salud e inspectores del MAGA. Se ha capacitado a los inspectores de 81% de los centros de salud del país, lo que ha permitido expander actividades específicas de protección de alimentos a los departamentos. El servicio de inspección ha sido también fortalecido a través de cursos de inspección higiénico-sanitaria de pescado y mariscos y de tecnología de alimentos, dirigidos a profesionales y técnicos de inspección del MSPAS y del MAGA. Al curso de tecnología de alimentos asistieron también profesionales del Comité de Reconstrucción Nacional.

Actividades de laboratorio:

Mediante el consultor de la OPS se ha llevado a cabo una cooperación y capacitación permanente dentro del LUCAM con participación en todas las actividades del laboratorio, incluyendo metodología analítica e investigación. En el período ha sido importante la implementación de la metodología de monitoro para la marea roja y metodología para el análisis de Vitamina A en azúcar y yodo en sal. La OPS/OMS ha también cooperado directamente en la organización y realización de 2 cursos en el LUCAM para profesionales latinoamericanos, en análisis de residuos de plaguicidas, micotoxinas y metales tóxicos en alimentos.

Se ha capacitado a personal del laboratorio en técnicas analíticas mediante becas y asistencia a cursos, con un total de 22 semanas/hombre.

La OPS/OMS ha cooperado con el LUCAM para facilitar compras de insumos en el extranjero.

Legislación alimentaria:

Se ha cooperado para lograr que la Secciòn Jurìdica del DRCA se fortalezca como un instrumento necesario para imponer sanciones correctas y tomar las acciones correctivas necesarias. En el campo de legislaciòn alimentaria se ha capacitado a profesionales del LUCAM y del DRCA mediante becas y asistencia a seminarios, cursos y talleres, con un total de 11 semanas/hombre.

Coordinaciòn de actividades entre ministerios:

La cooperaciòn Tècnica ha intentado impulsar acciones tendientes a mejorar la coordinaciòn de actividades en protecciòn de alimentos entre el MSPAS y el MAGA. Durante la discusiòn de grupo se reconociò que esta àrea necesita una especial atenciòn para lograr un efectivo control de alimentos en el paìs, y se pidiò a la OPS impulsar y apoyar las actividades de cooperaciòn entre todos los ministerios e instituciones involucrados, asì como actividades tendientes a la promulgaciòn de una Ley Unica de Protecciòn de Alimentos y la elaboraciòn de un Programa Nacional de Protecciòn de Alimentos.

Educaciòn.

Se ha dado cooperaciòn de la OPS/OMS para iniciar la educaciòn sobre higiene de alimentos en escuelas pùblicas mediante la distribuciòn de almanaques sobre higiene y plàticas educativas a los alumnos.

Control de Plaguicidas:

La "Comisiòn de Plaguicidas de la DGSS" ha recibido para todas sus actividades una cooperaciòn constante de la OPS desde su creaciòn en 1985.

La comisiòn ha llevado a cabo programas de capacitaciòn en toxicologìa y manejo seguro de plaguicidas para hospitales, centros de salud y expendedores de agroquìmicos. Se capacitò al personal mèdico, paramèdico y de enfermerìa del 50% de los hospitales nacionales y a los directores e inspectores del 97% de los centros de

salud del país. Se impartieron también cursos a 750 expendedores de agroquímicos con participación de todos los departamentos.

La Comisión también ha trabajado en la elaboración de proyectos de normas de la DGSS sobre plaguicidas. Las normas emitidas sobre requisitos para obtener licencias sanitarias para expendios de agroquímicos, sobre publicidad de uso casero, permiten un mejor control en este campo.

Además se ha participado en las actividades de la "Comisión Permanente Interinstitucional de Manejo Seguro de Plaguicidas", que coordina las actividades integradas e interministeriales a nivel nacional.

Un profesional del LUCAM recibió capacitación sobre toxicología y seguridad química.

6. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma.

El aporte de los Recursos Humanos formados a traves de la Cooperación Técnica de la OPS.

La mayor parte de los recursos de la cooperación técnica fueron utilizados para capacitación de personal y divulgación de conocimientos sobre protección de alimentos y control de plaguicidad (Anexo II). La mayor parte de los recursos humanos fueron destinados a diferentes dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en mucho menor grado al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Los recursos humanos formados han contribuido al desarrollo de los programas, aunque en algunos casos la falta de insumos para implementar las actividades o la falta de motivación o apoyo ha impedido un aprovechamiento eficiente. Sin embargo, se consideró que el efecto general de la capacitación ha sido positivo y que la formación de los recursos humanos ha cumplido con su propósito.

La capacitación es protección de alimentos del 80% de los inspectores sanitarios del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, ha permitido expander algunas de las actividades de control hacia el interior incluyendo alimentos fortificados y el control de establecimientos. Sin embargo, los conocimientos imparti-

dos deben ser actualizados mediante nuevos cursos, e implementarlos con insumos de trabajo diario.

Se enfatizò la necesidad de fortalecer y expander las actividades en protecciòn de alimentos a nivel regional y departamental.

Se discutiò la conveniencia de establecer laboratorios regionales y capacitar a personal local para llevar a cabo las actividades de protecciòn de alimentos.

Se hizo tambièn ènfasis en la conveniencia de incluir a los directores de los centros de salud, los jefes de area y los directores regionales en cursos futuros, con el fin de lograr acciones integradas en protecciòn de alimentos.

En el caso de los cursos impartidos a inspectores sanitarios del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social y del Ministerio de Agricultura, Ganaderìa y Alimentaciòn sobre control higiènico-sanitario de pescado y mariscos, se considerò tambièn necesario actualizar los conocimientos mediante un nuevo curso.

La capacitaciòn en legislaciòn alimentaria ha tenido un impacto importante sobre las actividades realizadas. La secciòn de asesorìa jurìdica del Departamento de Registro y Control de Alimentos se ha fortalecido y sus servicios se han incorporado dentro de las actividades rutinarias del departamento. La capacitaciòn en este campo ha tenido en efecto multiplicador, ya que los aspectos legales en protecciòn de alimentos se han incluìdo en todos los cursos para inspectores sanitarios. Tambièn los conocimientos adquiridos se han utilizado en la elaboraciòn de un anteproyecto de ley nacional de protecciòn de alimentos.

La asistencia de funcionarios nacionales a las reuniones del "Comitè Coordinador del Codex Alimentarius para Amèrica Latina" se considerò de gran utilidad. Antes de 1987 Guatemala no habìa asistido a las reuniones del Codex, muy importantes ya que en ausencia de normas guatemaltecas las normas del Codex Alimentarius FAO/OMS se utilizan como guìa para la calidad de los alimentos. La informaciòn recogida en estas reuniones ha servido tambièn para trabajar en la armonizaciòn de las normas guatemaltecas con las normas regionales.

El efecto multiplicador de la formaciòn de recursos se ha visto en el LUCAM donde el personal capacitado ha puesto en pràctica la nueva metodologìa y ha transmitido sus conocimientos a sus compañeros de trabajo y a

funcionarios nacionales y extranjeros mediante cursos, adiestramiento en servicio y conferencias.

Sin embargo, en muchos casos no ha habido seguimiento y evaluación del impacto de la capacitación. Esto es el caso de algunas becas, asistencia a seminarios sobre protección de alimentos y la capacitación en control de plaguicidas.

Referente a la capacitación en control de plaguicidas a centros de salud, hospitales y expendedores de agroquímicos se consideró que se había logrado crear conciencia del problema, que en los centros de salud se ejerce un mejor control en la extensión de licencia sanitaria a los expendios de agroquímicos y que la capacitación de los expendedores ha tenido un efecto positivo en las condiciones de seguridad de las ventas. Sin embargo, se consideró necesario cambiar la modalidad de capacitación en este campo para lograr un mayor impacto. Se debe lograr que la capacitación tenga un efecto multiplicador en las Areas de Salud, asegurarse que la literatura distribuida esté disponible dentro de las instituciones y que la capacitación en tratamiento de intoxicaciones por plaguicidas reciba la atención debida dentro de los hospitales.

Se consideró de mucha importancia expander las actividades en este campo a universidades, usuarios de agroquímicos y extensionistas agrícolas. Estos grupos han sido atendidos por solicitudes de conferencias y pláticas, pero no existe una programación formal.

En general se enfatizó la necesidad de expander las actividades de capacitación y otras actividades de cooperación a otros ministerios y dependencias del estado que efectuan control de calidad de alimentos o control de plaguicidas. Esto necesitaría un incremento de los recursos destinados a la cooperación técnica en estos campos.

En todos los casos, se debe en el futuro incluir en los programas de capacitación, los elementos de seguimiento y evaluación para asegurar un mejor aprovechamiento de los recursos.

Sin embargo, el grupo concluyó que las deficiencias mencionadas en las áreas evaluadas no se pueden solucionar con capacitación de personal únicamente, ya que los problemas en este campo reflejan la problemática económica-social existente.

Investigación y usos de resultados.

A través de las discusiones el grupo resaltó la serie de investigaciones que se han realizado por parte de las dependencias que tienen a cargo la protección de alimentos y el control de plaguicidas. (Anexo III).

Las investigaciones se realizan para apoyar los programas en la definición de problemas y en la búsqueda de soluciones y dentro de las instituciones los resultados obtenidos han sido de gran utilidad.

En el campo de la normalización los resultados de investigación deben también ser utilizados, lo cual ha ocurrido en una forma parcial.

No existe en el país un sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos. Esto impide evaluar la contribución exacta de la calidad de los alimentos a la morbi- y mortalidad de la población, aunque se reconoce que ésta es muy importante.

Además, el grupo discutió la conveniencia de difundir la información existente a otras instituciones públicas y privadas para su uso pertinente.

La información es de vital importancia tanto en el campo docente como en el sector productos. Se consideró también muy importante que el público consumidor reciba información sobre protección de alimentos. Hasta la fecha la difusión de resultados en estos niveles ha sido deficiente.

Se considera que los usos de la información obtenida es de tal magnitud que se requiere de inmediato un sistema de información continua entre las dependencias involucradas y la unidad de Información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El grupo enfatizó también la necesidad de incluir la información sobre la epidemiología de las enfermedades transmitidas por alimentos, dentro del Sistema Nacional de Estadística.

En el futuro se deben hacer esfuerzos para mejorar el uso de la información existente a todo nivel.

Impacto de la cooperación:

El grupo consideró que a pesar de que el control de alimentos y el control de los plaguicidas existen

muchos problemas que aùn no se han solucionado, se pueden reportar una serie de cambios positivos a travès de la cooperaciòn.

1. Se ha fortalecido dentro del DRCA la Secciòn de Asesorìa Jurìdica y sus servicios se han incorporado dentro de las actividades rutinarias del departamento.

2. Mejorìa en la capacitaciòn de personal en el DRCA.

3. Adaptaciòn de metodologìa analìtica actualizada y ampliaciòn de las àreas de trabajo en el LUCAM.

4. Mejorìa en la coordinaciòn entre el DRCA y el LUCAM en lo que se refiere a muestreo y utilizaciòn de los servicios analìticos.

5. Capacitaciòn de inspectores sanitarios a nivel nacional, expandiendo las actividades en control de alimentos a los centros de salud que tienen delegada la responsabilidad de velar por la buena protecciòn de los alimentos en su jurisdicciòn.

6. Incremento de la asesorìa a la industria alimenticia por parte de las dependencias de control.

7. Inicio de un programa permanente de capacitaciòn de manipuladores de alimentos.

8. Elaboraciòn de un sistema mejorado de registro de alimentos en el DRCA.

9. Inicio de actividades de informaciòn al pùblico consumidor sobre protecciòn de alimentos y control de plaguicidas, por medio de radio y televisiòn.

10. Inicio de actividades de informaciòn a nivel escolar sobre protecciòn de alimentos, por medio del Almanaque Educativo sobre higiene.

11. Las condiciones higienico-sanitarias de establecimientos y expendios de agroquìmicos han mejorado debido a mayor cuidado de los centros de salud para extender las licencias sanitarias.

12. Formaciòn de la Comision Asesora y Normativa de Alimentos mediante la cual se toman decisiones relacionadas con problemas espefìficos de protecciòn de alimentos y se proponen a la COGUANOR normas especìficas o bien revisiòn y adaptaciòn de las ya existentes.

13. Creación de la Comisión de Plaguicidas de la DGSS, con lo que se ha mejorado en el sector salud el control de los plaguicidas, según lo dicta la legislación actual.

14. Emisión de normas de la DGSS relacionadas con expendios de agroquímicos, publicidad de plaguicidas y registro de plaguicidas de uso casero, mejorando el control de estos campos.

15. En el control de plaguicidas se ha logrado incorporar al sector salud dentro del sistema de control integrado interministerial. Esto está contemplado en la legislación vigente, pero en la práctica se logró a partir de 1986.

16. Mejor control de las compañías de fumigación casera.

17. El reenvase de plaguicidas, que es una fuente importante de intoxicación, ha disminuido de 81% en 1985 a 47% en 1988.

18. Han mejorado en algunas áreas de trabajo las actividades coordinadas entre instituciones, aunque todavía es necesario lograr una mayor coordinación a todo nivel.

El grupo es consciente de que los procesos de cambio iniciados necesitan ser fortalecidos y expandidos para lograr los resultados deseados y el impacto en la salud de la población, mediante la descentralización de actividades, apoyo a la regionalización y a los sistemas locales de salud.

7. Restricciones para el aprovechamiento eficiente de la Cooperación Técnica de la OPS/OMS.

Entre los factores más importantes que dificultan el aprovechamiento de la cooperación y por lo tanto un adecuado desenvolvimiento del recurso en los programas nacionales se pueden mencionar:

A) La dificultad legal existente, para el buen desarrollo de los programas de protección de alimentos. La responsabilidad del control está por ley dividida entre varios ministerios e instituciones, y no existen mecanismos de coordinación.

B) La falta de equipo e insumos mìnimos para el desenvolvimiento de los programas de protecciòn de alimentos. Esto ha sido especialmente importante en el control de alimentos fortificados; sal yodada y azûcar con vitamina A. La falta de recursos dificulta la efecuciòn de los programas y es una fuente de desmotivaciòn.

C) La falta de apoyo polìtico en la toma de decisiones, necesarias para la correcciòn de los problemas derivados de los programas de control.

D) El reducido porcentaje de fondos asignados a los renglones de protecciòn de alimentos y control de plaguicidas dentro de la cooperaciòn OPS/OMS.

8. Conclusiones:

Se concluyò que debido a que la protecciòn de alimentos tiene una importancia muy grande en salud pûblica, dentro de la atenciòn preventiva y como parte integral de la alimentaciòn, esta àrea debe ser considerada como prioritaria dentro de las polìticas y estrategias de salud del paìs, y asi mismo dentro de la cooperaciòn tècnica de la OPS/OMS.

La cooperaciòn tècnica, a pesar de las limitaciones de recursos fue pertinente y se utilizò en una forma eficiente. Sin embargo, hubo concenso de que se debe solicitar a la OPS/OMS incrementar la cooperaciòn tècnica en todas las etapas y niveles que involucre la cadena alimentaria, asì como extenderse a otros ministerios e instituciones relacionadas al tema.

Se concluye tambièn que debe solicitarse un incremento en cuanto a la cooperaciòn tècnica para el control de plaguicidas.

9. Recomendaciones:

1. Promulgar una Ley Unica en Protecciòn de Alimentos.

2. Solicitar a la OPS el apoyo para la elaboraciòn de la ley unica y su reglamentaciòn respectiva.

3. Solicitar a la OPS su apoyo para la elaboración de un Programa Nacional de protección de alimentos.

4. Mientras que se promulge la ley única, lograr la coordinación de actividades entre los ministerios y las instituciones involucrados en protección de alimentos. Solicitar a la OPS que promueva esta coordinación.

5. Que haya una mayor decisión política para apoyar las actividades de protección de alimentos.

6. Incluir la protección de alimentos como area prioritaria específica dentro de las políticas y estrategias de salud.

7. Incluir las actividades de protección de alimentos dentro de la estrategia de atención primaria de salud.

8. Incluir la epidemiología de Enfermedades Transmisibles por Alimentos (ETA) en el sistema de vigilancia epidemiológica de la DGSS.

9. Incluir la protección de alimentos y el control de plaguicidas en las actividades de SILOS.

10. Establecer laboratorios regionales para pruebas sencillas de control de alimentos, para lograr una mejor prestación en servicios en protección de alimentos a nivel departamental.

11. Solicitar a la OPS su colaboración para la elaboración de material educativo en protección de alimentos y control de plaguicidas para uso regional, con el fin de lograr un efecto multiplicador de la capacitación.

12. Ampliar el campo de la cooperación técnica de la OPS a otros ministerios e instituciones, priorizando las actividades a través de una planificación integrada.

13. Solicitar a la OPS un apoyo en recursos sustancialmente mayor que el actual para el área de protección de alimentos.

14. Expander las actividades de capacitación para el consumidor, expendedor, productos y manipulador de alimentos.

15. Inducir aspectos de protección de alimentos y manejo seguro de plaguicidas en los programas de

educación primaria, coordinando las actividades con el Ministerio de Educación.

16. Solicitar el apoyo de la OPS para establecer actividades programadas de difusión de información sobre protección de alimentos a todo nivel, incluyendo el público consumidor.

17. Solicitar el apoyo de la OPS para repetir en 1990 el curso sobre manipulación e higiene de pescado y marisco.

18. Solicitar a la OPS que se de más apoyo a los programas de salud ocupacional.

19. Solicitar a la OPS que se llene la vacante de consultor interpaís en salud pública veterinaria.

20. Solicitar a la OPS que se designen más recursos de cooperación para apoyar las actividades a la Comisión de Plaguicidas de la DGSS.

21. Expander si es posible, las actividades en control y manejo seguro de plaguicidas al usuario de agroquímicos en coordinación con el MAGA.

22. Incluir en los programas de capacitación los elementos de seguimiento y evaluación. En la selección de candidatos para becas y asistencia a talleres y seminarios internacionales, seleccionar los candidatos que por su puesto de trabajo lograrán el mayor efecto multiplicador.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION

TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pùblica y
Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social
IGSS

Organizaciòn Panamericana de
la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SALUD PUBLICA VETERINARIA
reuniòn celebrada en la Escuela de Enfermeria,
durante los dias 17 y 18 de julio de 1.989.

Guatemala, julio - agosto de 1.989.

Control de enfermedades transmisibles

Participantes:

Dr. Juan Josè Arroyo	DGSS
Dr. Arnoldo Ericastilla	DGSS
Dr. Mario Gatica	MSPAS
Dr. Eduardo Guerrero	OPS/OMS
Dr. Armando Mendoza	MSPAS
Dr. Pedro Antonio Molina	MSPAS
Dr. Danilo Rodriguez	MSPAS
Sra. Elma de Araji	DGSS

Moderador: Dr. Rodolgo Zeiisig

Relator: Dr. Otto Hugo Velàsquez
Dr. Victor Molina

Consultor: Dr. Orlando Aguilar
Dr. David Bown
Dr. Armando BaÑuelos

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISISBLES.

1986 - 1989.

1. Propòsito.

1.1 Evaluar la cooperaciòn tècnica recibida por el pais en el àrea de Control de Enfermedades Transmisibles, proporcionada por la Organizaciòn Panamericana de la Salud/Organizaciòn Mundial de la Salud - OPS/OMS.

2. El problema.

Condiciones de Salud

Los servicios de salud han carecido de definiciones claras entre la medicina preventiva y curativa. Las acciones de Gobierno se han orientado bàsicamente a la atenciòn de los efectos sin atacar las causas que originan los problemas de salud. La poca atenciòn a la medicina preventiva ha dado como resultado que se incremente la incidencia de casos que requieren hospitalizaciòn, servicios que cada vez son màs limitados en cobertura y calidad, sin que mejore el nivel general de salud. Se tiene una concentraciòn de los servicios en las àreas urbanas en detrimentos de las rurales. De todos los mèdicos del pais 45% radican en la ciudad capital; del personal de salud en general 68% trabaja en hospitales; 25% en centros de salud; y 7% en clìnicas y puestos de salud.

Mortalidad en menores de 1 año.

La mortalidad infantil mantiene una tasa estimada en 1988 de 51.31 por mil nacidos vivos, con rangos que van desde 81.40 en el Departamento de Escuintla a 35.97 en el de Chiquimula; dentro de èsta, resalta la mortalidad neonatal que es de 17.19 por mil nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad infantil y sus porcentajes son: las diarreas con el 23.80%; las infecciones respiratorias agudas con 23.56%; los signos, sìntomas y estados morbosos mal definidos el 5.30%, la desnutriciòn el 4.31%, las infecciones del perìodo perinatal 4.14% y los trastornos de lìquidos, electrolitos y desequilibrio àcido bàsico (3.18%) que en su conjunto representan el 65% del total de defunciones en ese grupo etareo.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible a la disponibilidad, utilizaciòn y eficacia de la asistencia sanitaria y especialmente como se menciona en la atenciòn perinatal.

Mortalidad de 1 a 4 años.

Es reflejo de factores ambientales que afectan la salud del niño, tales como la nutriciòn y el saneamiento. Además pone de manifiesto el grado de pobreza y la cantidad de índices afectados por èsta, por lo que resulta tambièn un indicador sensible del desarrollo socio-econòmico de una comunidad. La tasa de mortalidad es de 8.40 por 1000 niños de 1 a 4 años. Las primeras cinco causas de defunciòn las constituyen las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la desnutriciòn, trastornos de líquidos, electrolitos y del equilibrio àcido bàsico y parasitosis intestinal; conformado su còmputo el 70% del total de muertes en este grupo.

En estas causas de mortalidad general los primeros lugares corresponden a los menores de 5 años. Obsèrvese tambièn que las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen importantes causas de mortalidad; solamente las presentadas entre las diez principales causas corresponden a más del 40% de las defunciones.

El grupo etàreo de 50 años y màs en 1987, abarcò 21,930 defunciones entre las 63,826 registradas, lo que representa un 34.3% del total.

Causas de mortalidad general Guatemala	Tasa por 10,000 habitantes
- Diarreas	14.41
- Infecciones respiratorias agudas.	11.22
- Desnutriciòn	5.22
- Trastornos liquidos de los electrolitos y del equilibrio àcido bàsico.	2.33
- Infarto agudo del miocardio.	1.63
- Accidente causado por instrumentos cortantes o punzocortantes.	1.57
- Enfermedad cerebro-vascular aguda mal definida.	1.05
- Disritmia cardiaca	1.04
- Tuberculosis pulmonar	1.01
- Lucha, altercado y violaciòn	0.94

2.3 Morbilidad.

Algunos de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud para determinar las enfermedades de notificaciòn obligatoria son: las que estàn sujetas a reglamentaciòn internacional; enfermedades bajo estricta vigilancia a nivel nacional y aquellas de importancia epidemiològica sujetas a medidas vigentes de vigilancia nacional.

Las primeras causas de morbilidad por notificaciòn obligatoria en 1987 confirma que la patologìa dominante corresponde bàsicamente a las mismas causas de mortalidad: infecciones respiratorias agudas, diarreas, desnutriciòn, tuberculosis respiratoria, infecciones gonocòccicas, hepatitis infecciosa, varicela, tuberculosis de otros òrganos y la no especificada y sìfilis. En relaciòn al dengue, fueron reportados 2,315 casos.

En 1986 las diez principales causas de morbilidad según la demanda a los servicios del Ministerio de Salud para el país fueron los siguientes: infección respiratoria aguda, parasitismo intestinal, síndrome diarréico, deficiencia nutricional, enfermedades de la piel, bronconeumonía, enfermedad péptica, infección urinaria, anemia y amibiásis, estas causas constityen aproximadamente el 47% del total de la demanda se ha encontrado como 'resto de causas" el 52.64% de la demanda a los servicios como causa de enfermedad.

En 1986 la demanda de consulta externa de los servicios del IGSS establecieron los siguientes diez principales grupos de enfermedad que a su vez constituyeron las causas de morbilidad:

Enfermedades del aparato respiratorio con el 32.1%, enfermedades infecciosas y parasitarias con el 23.0%, enfermedades del aparato digestivo con el 11.2% y a continuación, con frecuencias proporcionales descendentes del orden del 9.6% hasta el 1.7% los siguientes grupos: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo; del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo; del aparato genitourinario; de las glándulas endócrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad; enfermedades del aparato circulatorio; enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

2.4 Situación de salud en grupos humanos específicos.

Migraciones: A pesar de los intensos movimientos migratorios en Guatemala incrementados por las más diversas causas, es difícil establecer el volumen real; se estima que varía desde entre 500,000 hasta 1.500.000 personas que se desplazan por motivos de actividades agrícolas en el área rural. El café, el algodón y la caña de azúcar son los principales cultivos que atraen a la mayoría de los trabajadores rurales y que les proporciona fuente de ingresos para el mantenimiento familiar.

El café ocupa la mayor cantidad de mano de obra entre agosto y marzo; la concentración de trabajadores se extiende de septiembre a noviembre, pudiendo reunirse hasta 220,000 trabajadores temporales.

La cosecha del algodón se efectúa de noviembre a marzo, pero los meses de diciembre y enero concentran mayor cantidad de trabajadores.

La caña de azúcar es cosechada de noviembre a mayo. Las necesidades de mano de obra para la cosecha de los tres productos totalizan unos 400,000 trabajadores adicionales. Un significativo porcentaje de estas personas se desplaza con la familia. Los contratos de trabajo duran un promedio de 30 días. Se considera el Departamento de El Petèn como un polo de atracciòn para migrantes.

El SNEM realizò una investigaciòn con 34,000 migrantes en los Departamentos de Escuintla y Retalhuleu e involucrando màs del 70% del àrea cultivada de algodòn en fincas con alta incidencia de malaria. Al investigarse la procedencia de los mismos, se constatò que excepto El Petèn, los demàs 21 Departamentos estaban representados, con mayorìa para 5 Departamentos del altiplano.

2.5 Sìndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA-.

El nùmero de casos reportados de personas infectadas con el VIH, de pacientes con el complejo asociado al SIDA y de casos de SIDA confirmados ha venido aumentando ràpidamente a partir del segundo semestre de 1984, època en que se conocieron en Guatemala los primeros casos. En 1984 de los 2 casos detectados se produjeron 2 defunciones; en 1985, 5 casos y 5 defunciones; en 1986 10 casos y 9 defunciones' en 1987, 9 fallecimientos de 13 casos detectados y en 1988 se conocieron 18 casos de los que se produjeron 10 defunciones.

Los grupos de riesgo en los casos de SIDA, complemo asociado al SIDA y seropositivos asintomàticos son los siguientes: homosexuales y bisexuales; heterosexuales masculinos; drogadictos, hemofìlicos; "receptores de sangre" y otros (desconocidos), ocupando una proporciòn descendente del 60% hasta el 7% en el orden que se indica.

Tuberculosis.

La morbilidad por tuberculosis pulmonar, bacteriològicamente confirmada, oscila entre 1.8 y 1.2 por cada 1,000 personas examinadas, el ìndice de infecciòn se ha reducido en màs de 66% en los ùltimos 25 años, la letalidad se redujo del 25% al 15% en los ùltimos 5 años y la mortalidad por tuberculosis pulmonar estaba en 1986 en 9 por cada 100,000 habitantes.

Las cifras proyectadas para 1988 daban entre 8,000 y 12,000 tuberculosos bacilìferos y no menos de 700 defunciones.

2.6 Anàlisis de la tendencia del Paludismo y el Dengue en Guatemala.

2.6.1 Malaria:

Iniciada formalmente en la dècada de los años 50, la lucha contra la malaria, hasta el presente, ha pasado por las etapas de programa de control, programa de erradicaciòn y nuevamente programa de control.

Desde 1956 hasta 1964 la cobertura con insecticidas se realizò con muy buen nivel de cumplimiento operacional. En 1963 el 61.4% de la extensiòn del àrea malàrica fue transferida a la fase de consolidaciòn.

En 1964 se comenzaron a identificar factores de caràcter financiero y administrativo como serios obstàculos que repercutieron en las diferentes operaciones y en la disponibilidad de recursos humanos, asimismo, la respuesta biològica de los transmisores hicieron que el problema volviera a la cobertura integral. De 1957 a 1965 se produjo una disminuciòn acentuada de muertes por malaria, que en los años 50, ocupaba el primer lugar entre las causas de mortalidad en el pais.

De 1967 a 1969, se implementò un "Plan Trienal de Actividades Antimalàricas", que intensificaba las medidas de ataque incluyendo el rociado semestral del àrea malàrica, tratamientos colectivos, aplicaciòn de larvicidas, reorganizaciòn de las actividades de bùsqueda, diagnòstico e investigaciòn epidemiològica de casos, de los trabajos entomològicos y de educaciòn sanitaria. En 1968 fueron registrados el 50% de casos de malaria menos que en el año anteior. En 1969 la situaciòn se mantuvo estacionaria.

En 1970, la Comisiòn Multidisciplinaria que revisò el PEM de Guatemala, concluyò que a pesar de no haber sido alcanzado la interrupciòn total de la transmisiòn, el programa habìa constituido un èxito desde el punto de vista del desarrollo social y econòmico del pais. A partir de esa etapa se formalizò el primer esquema de Estratificaciòn Epidemiològica y Operacional del àrea malàrica: se determinaron 4 diferentes àreas tomando en cuenta factores de niveles variables combinando medidas de ataque conforme fuera necesario.

De 1970 a 1974, el paludismo disminuyò lentamente observàndose el registro de ùnicamente 5 casos por P. falciparum en 1973.

En 1976 el terremoto que afectò sòlo una pequeña parte del àrea malàrica, hizo que los recursos disponibles para el àrea de salud, fueran canalizados a la zona de emergencia; el programa no pudo disponer de insecticidas y drogas antipalùdicas a principios de 1978.

A partir de entonces y hasta 1980 la malaria se incrementò ràpidamente. Los recursos financieros crecieron en sentido inversamente proporcional a los brotes registrados. En 1971 se comenzò a utilizar el propoxur, puesto que se habìa considerado a la zona sur como refractaria a las medidas de ataque debido a la resistencia del anòfeles se logrò reducir la morbilidad en màs del 87%; en 1975 se suspendiò esta medida y para 1979 el nùmero de casos habìa aumentado 10 veces màs.

Durante el perìodo de 1978 a 1987 se efectuaron rociamientos interdomiciliarios con DDT-fenitrotion, fenitrotion, deltametrina, clorfoxim y cyflutrim.

Como puede observase la transiciòn continua del programa contra el paludismo ha sido muy extensa y a falta de una estrategia continua y definida. Los requisitos indispensables de un programa de erradicaciòn, paulatinamente se fueron dejando de cumplir y las necesidades de exactitud y acompañamiento de la interrelaciòn dinàmica de los diversos factores que conforman el problema, tampoco se cumplieron. Como ha sucedido pràcticamente en todos los problemas, pero particularmente de caràcter socioeconòmico, los programas dejaron de ser de erradicaciòn y les falta estructura organizacional tècnica y operativa, para ser programas de control capaces de interrumpir y, mantenerla de esa manera, la transmisiòn del paludismo.

En el siguiente cuadro se puede observar la evolución nûmerica de la frecuencia malàrica.

Evolución de la morbilidad (según (IPA).

Guatemala

1956	2.3	1967	6.3	1977	16.7
1957	3.8	1968	3.3	1978	26.1
1958	8.6	1969	4.7	1979	22.9
1959	5.9	1970	3.4	1980	24.1
1960	2.0	1971	3.3	1981	26.6
1962	3.3	1972	2.8	1982	21.3
1963	7.9	1973	1.8	1983	21.2
1964	10.3	1974	2.1	1984	17.1
1965	7.4	1975	4.2	1985	12.8
1966	10.0	1976	14.1	1986	16.8
				1987	20.9

2.6.2Dengue

Se calcula que el 51.5% de la superficie del territorio nacional en Guatemala se puede clasificar como àrea de riesgo de albergar **aedes aegypti**, por lo tanto, la aparición de casos de dengue podría afectar a un 64% del total de la población del país, lo que equivaldría a unos 5.845.632 habitantes.

La Memoria Anual de la Divulgación de Malaria de 1987, establece que en la información existente de los últimos 15 años, solamente 582 de las 8,669 localidades existentes en esta àrea en riesgo se han detectado casos de dengue. En

la actualidad se desconoce el número exacto de los casos ocurridos, existiendo datos que informan de brotes sospechosos de dengue, así, en 1987 se reportaron 9 brotes con 2,316 casos; en abril, se habían registrado 17 brotes con 820 casos, siendo las tasas de ataque por 100 de 5.4, 3.1 y 2.2 respectivamente para cada uno de los años del período.

La región sur del Pacífico y la zona oriental, constituyen la columna vertebral del desarrollo económico del país y es en esa región en donde se han producido los brotes del padecimiento, afectando pequeñas localidades y permaneciendo por el momento aparentemente sin transmisión local los grandes núcleos de población.

En 1978 hasta 1987, no se diagnosticaron serológicos y afines de 1988 y a principios de 1989 se obtienen los primeros resultados, demostrándose prácticamente la reinstalación de la enfermedad.

Actualmente existe un programa de control de **aedes aegypti** en la estructura de la División de Malaria. Los recursos con que cuenta son insuficientes, si se considera que el dengue es una enfermedad metaxénica en donde potencialmente la totalidad de la población de las áreas afectadas, se encuentra bajo riesgo de contraer la enfermedad y con esta se reduce a niveles holoendémicos juntamente con la disminución de la infestación (densidad) del **aedes aegypti**.

El paludismo en Guatemala.

El país ha sido dividido en tres zonas ecológicas: zona ecológica del sur (Pacífico) que comprende la llanura costera entre el macizo montañoso y el mar; es la zona de mayor desarrollo agrícola del país con cultivos de algodón, caña de azúcar y soya, además del desarrollo ganadero, lo que propicia intensas migraciones de pobladores del altiplano que se constituyen en población de bajo riesgo a la infección malárica. El vector principal es A albimanus; hasta 1982 se producía en esta región más del 60% del total de casos; aparentemente el uso del insecticida piretroide unido al proceso de estratificación epidemiológica permitió reducir la incidencia.

La zona ecológica del norte con regiones boscosas entre las cuales se encuentran extensas llanuras, se cultivan maíz, frijol y cardamomo.

A. albimanus es el vector principal pero no se puede descartar a A. pseudompuntipennis y A. vestitipennis, por lo menos como transmisores secundarios. La población humana presenta un fuerte componente indígena y actualmente se efectúa un intenso movimiento de colonización. Las lluvias son las más frecuentes en el país y se extienden de mayo a diciembre.

La zona ecológica centro-oriental comprende los departamentos limítrofes con El Salvador y Honduras y se caracteriza por terrenos áridos, baja precipitación pluvial y malaria inestable que responde bien a las acciones de control antivectoriales, los vectores principales son los dos primeros citados anteriormente.

Los casos de malaria fueron 42,609 en 1986 y 57,662 en 1987, siendo el área ecológica del norte la más afectada con el 63.2% de la positividad, seguida del sur con el 22.9% y la centro-oriental con el 13.9%. A. falciparum se presenta con una frecuencia proporcional del 5% del total de la positividad.

El Convenio OPS/AID caracteriza la cooperación técnica dirigida al control de la malaria como uno de los programas prioritarios de salud en la subregión centroamericana. La elaboración de proyectos específicos de control de malaria en Guatemala así como en Honduras, El Salvador y Nicaragua dirigidos a la ejecución de medidas en el ámbito de la atención primaria de salud y el proceso de descentralización, se constituye en otros de los puntos estratégicos de acción; el desarrollo de propuestas de investigación operacional y la ejecución de estudios sobre la biología de transmisores como A.albimanus complementan las principales gestiones del Programa de Enfermedades Transmisibles (HPT).

Control de dengue y el transmisor Aedes aegypti.

Después del brote ocurrido en Escuintla en 1978, que produjo aproximadamente 23,000 casos, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social decidió incorporar este programa a la División de Malaria; desde entonces se trató de aprovechar al máximo los pocos recursos disponibles cubriendo aquellas áreas que se consideran más vulnerables a la enfermedad. Se realizó la estratificación de localidades, dividiéndolas en tres niveles de acuerdo a su vulnerabilidad y ejecutando acciones de control de vector en las que se consideraban de primera prioridad. Se logró mantener al país libre del virus del Dengue, a pesar de la presión que significaban las áreas con transmisión en Honduras, El Salvador y el sur de México.

En 1987, en Livingston, Izabal, se produjo el primer brote que luego se extendiò a los departamentos de Zacapa, Chiquimula y El Progreso, para posteriormente volcarse a la vertiente del pacífico con brotes de pequeña magnitud en los Departamentos de Escuintla, Suchitepéquez, Retalhuleu y la parte costera de Quezaltenango y San Marcos.

En 1988 se detectaron unos 30 brotes de Dengue que afectaron a unos 5,000 habitantes.

2.7 Control de enfermedades inmunoprevenibles por vacunaciòn.

En 1985 la encuesta de cobertura con vacunaciòn, evidenciò que la proporciòn de niños que contaba con un esquema completo era muy reducido y que las coberturas con las vacunas del PAI eran bajas e insuficientes para proteger a la poblaciòn infantil especialmente a los menores de 1 año.

En 1986, se realizaron Jornadas Nacionales de Vacunaciòn, logrànd0se coberturas de 34.9%, 33.3% y 48.8% para Antipolio, DPT y Antisarampionosa, respectivamente.

En 1987, debido en parte a la no realizaciòn de Jornadas de Vacunaciòn se obtuvieron coberturas en menores de 1 año del 17.60%, 15.80% y 24.30% para Antipolio, DPT y Antisarampionosa en su orden. Observàndose una disminuciòn con respecto a 1986 en este mismo grupo etàreo.

La encuesta sobre aspectos de salud maternoinfantil que efectuò el Instituto de Nutriciòn de Centroamèrica y Panamà -INCAP-, a finales de este mismo año, ratificò que existia una asociaciòn directa entre las coberturas y la edad del niño; màs bajas en el primer año de vida y mayores en el grupo de 1 a 4 años; lo anterior apoyò la detemrinaciòn de fortalecer el Programa de Inmunizaciones en el màs corto plazo posible.

Para 1988, se tomò la decisiòn polìtica de programar y ejecutar dos (2) Jornadas Nacionales de Vacunaciòn y la implantaciòn del proceso de vacunaciòn acelerada en todos los niveles operativos del sistema de salud.

Debido a estas acciones, las coberturas ùtiles en la poblaciòn menor de 1 año subieron a 58.1% (antipolio), 48.5% (DPT) y 55.2% (Antisarampionosa).

Durante 1988, como consecuencia del mejoramiento en el sistema de Vigilancia Epidemiològica, fueron notificados 48 casos de paràlisis flàcida en menores de 15 años, entrando en su totalidad al sistema, como casos probables de poliomielitis. De estos, 42 (50%), fueron confirmados de acuerdo a los diferentes criterios del Programa de Erradicaciòn de la Poliomielitis, estando ubicados en 28 municipios que representan el 8.4% de 330 que existen en el país. Los Departamentos de Guatemala, Escuintla y Chimaltenango fueron los que aportaron el 58% del total de casos confirmados.

3. Revisiòn y anàlisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relaciòn con el àrea del Control de Enfermedades Transmisibles.

3.1 Política de salud del Plan del Gobierno Demòcrata Cristiano.

Medicina preventiva para todos.

- Programas intensivos de investigaciòn y reforzamiento de la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias.

- Programas intensivos de vacunaciòn en todos los poblados del interior de la Repùblica.

- Atenciòn y educaciòn primaria de medicina preventiva.

- Campañas nacionales de divulgaciòn de medicina preventiva.

- Reforzamiento de los programas de planificaciòn familiar y bienestar social.

3.2 Memoràndum Presidencial II (1987-1991).

3.3 Programa de Reorganizaciòn Nacional 1987-1998.

Cuando hablamos de proyecto social, nos referimos al establecimiento de màs y mejores relaciones entre los distintos sectores de nuestra sociedad, avanzando progresivamente de la sociedad dividida hacia el concepto y la vivencia de la

comunidad nacional teniendo como principio orientador la pràctica de la solidaridad, que nos hace concientes de que nuestro desarrollo personal està intimamente vinculado al de todos y cada uno de los guatemaltecos. Por eso, el proyecto social tiene dos dimensiones: la primera es la generaciòn de servicios de caràcter social, que mejorando las condiciones de vida de los grupos poblacionales que cubren sus necesidades bàsicas, reduzcan las desigualdades entre los grupos sociales; y, la segunda, es la apertura de canales de comunicaciòn y participaciòn de todos los sectores, para crear un clima de diàlogo social y de concertaciòn, en el cual todos los interlocutores tengan oportunidad de promover sus respectivos intereses y opiniones, superando las limitaciones de la democracia representativa para encaminarnos a una democracia participativa.

Las àreas de trabajo.

Como àreas de trabajo a las que se prestaria atenciòn prioritaria en 1987 proponemos:

1. Ampliaciòn y mejoramiento de la red de servicios bàsicos, para superar las condiciones de los grupos de extrema pobreza.

2. El mejoramiento de las condiciones de los grupos asalariados a travès de la concertaciòn de mejoras y de la ampliaciòn de los servicios de previsiòn y seguridad social.

3. El diseño e implementaciòn de una nueva politica laboral en el sector pùblico.

4. La promociòn de la organizaciòn de las comunidades.

5. La capacitaciòn laboral.

6. La orientaciòn de las politicas de empleo hacia la multiplicaciòn de empresarios.

3.4 Plan de Salud (1987-1991).

Lineamientos de politica y estrategias. Documento elaborado por la Unidad Sectorial de Planificaciòn del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social. Noviembre de 1986.

Area de control de enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica.

Las acciones de esta àrea tienden al control de las enfermedades transmisibles y a la disposiciòn permanente de elementos de diagnòstico.

Sus componentes son: El control de dichas enfermedades y su vigilancia.

Control de las enfermedades transmisibles.

Este componente contiene una serie de acciones de prevenciòn y control de las enfermedades transmisibles, programas de inmunizaciòn, los de control de las enfermedades diarrèicas, asi como los correspondientes a enfermedades respiratorias agudas, de transmisiòn sexual y por vectores, tales como Enfermedad de Robles, Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis.

Estas acciones se coordinaràn con las actividades de los programas de: Atenciòn Mèdica, Educaciòn para la Salud, Salud Ambiental, Nutriciòn y Alimentaciòn y Formaciòn de Recursos Humanos. Tendràn el apoyo directo de la infraestructura de salud, particularmente la de los servicios de laboratorio y los administrativos en aspectos de logìstica.

3.4.1 Enfermedades prevenibles por vacunaciòn debièn dose:

a. Establecer mètodos de programaciòn que aseguren la integraciòn de objetivos y actividades de vacunaciòn en la prestaciòn de servicios de salud, dentro del marco de atenciòn primaria de salud.

b. Desarrollar planes operativos a nivel nacional y local, con objetivos y metas orientados hacia grupos de alto riesgo.

c. Preparar materiales de enseñanza y tecnologìa didàctica para la formaciòn de personal en la evaluaciòn, planificaciòn y administraciòn de los programas de inmunizaciòn de todos los niveles.

d. Fortalecer los mecanismos adecuados para conseguir un suministro suficiente, oportuno y sin interrupciòn de vacuna.

e. Evaluar y monitorear continuamente el sistema de cadenas de frìo, para mantener la buena calidad de las vacunas en todos los niveles de atenciòn.

f. Realizar estudios epidemiològicos de morbilidad y mortalidad, para determinar el efecto del programa en todos los grupos poblacionales a que èste se dirige.

g. Efectuar estudios de vigilancia, para evaluaciòn continua.

h. Establecer mètodos para la ejecuciòn integrada del programa en los servicios de salud y para su evaluaciòn.

i. Mantener y reparar el equipo utilizado en el programa.

3.4.2 Control de enfermedades diarrèicas. Para cumplir con este rubro se deberà:

a. Establecer mètodos de programaciòn que aseguren la integraciòn de las estrategias de los programas de control de las diarreas, tales como rehidrataciòn oral, nutriciòn, educaciòn en salud, higiene de los alimentos, agua y saneamiento ambiental, en los programas nacionales, dentro del marco de la atenciòn primaria de salud.

b. Establecer normas y mecanismos para todas las actividades de control de diarreas dentro del marco de atenciòn primaria.

c. Diseñar normas y aplicaciòn de todas las categorìas.

d. Promover la rehidrataciòn oral a fin de reducir la mortalidad por enfermedades diarrèicas.

e. Desarrollar tecnologìas para conseguir la participaciòn màs efectiva de la comunidad en las actividades del programa.

f. Ejecutar estudios operacionales y actividades de vigilancia, para mejorarlo.

g. Definir procedimientos ràpidos de laboratorio, para determinar la Etiologìa y establecer los mecanismos de transmisiòn.

3.4.3 Enfermedades respiratorias agudas. Para asegurar la disminución de estos padecimientos se deberá:

a. Fortalecer los servicios de atención primaria para mejorar el diagnóstico etiológico y el tratamiento de estas enfermedades.

b. Desarrollar criterios diagnósticos estándard para las infecciones agudas de las vías aéreas inferiores, adecuados para el personal de atención primaria de salud.

c. Desarrollar tratamientos estándard simplificados y criterios para referencia de casos.

d. Establecer actividades de control de estas enfermedades integradas en los servicios de atención primaria, dando prioridad a los niños y personas de edad avanzada.

e. Mejorar los medios de laboratorio para la identificación de agentes etiológicos, mediante el adiestramiento de personal, provisión de reactivos y mejoramiento de las instalaciones y equipos.

f. Aplicar nuevos métodos de vigilancia en relación a incidencia, tratamiento y efectos de las enfermedades respiratorias agudas en niños.

g. Adiestrar personal de salud, utilizando materiales y métodos adaptados a las necesidades del sistema local de servicios.

3.4.4 Enfermedades de transmisión sexual. Para controlar estas enfermedades debemos:

a. Desarrollar en la comunidad programas de búsqueda, diagnóstico, tratamiento y vigilancia ulterior de casos, así como identificación de contactos.

b. Asegurar la articulación efectiva con los servicios de laboratorio y con los niveles primarios de los servicios de salud.

c. Realizar actividades educativas multisectoriales y de la comunidad, orientadas hacia los grupos de población de alto riesgo.

d. Establecer pautas uniformes de diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, y difusión de esas pautas entre el personal de atención primaria de salud.

e. Realizar estudios epidemiológicos en grupos de alto riesgo para detectar casos por medio de pruebas adecuadas de laboratorio.

f. Desarrolar técnicas para búsqueda de contactos que sean apropiados a las condiciones socioculturales locales.

g. Evaluar nuevos tipos de tratamiento mediante investigaciones clínicas pertinentes.

h. Mejorar la prueba de diagnóstico y disponibilidad, mediante el fortalecimiento de los servicios de laboratorio.

i. Preparar pautas para planes de estudios, y de manuales de enseñanza en todos los aspectos de estas enfermedades.

j. Establecer nuevos métodos de vigilancia de enfermedades, mediante estudios prácticos y operativos de las características y hábitos en materia de notificación.

k. Realizar vigilancia epidemiológica:

l. Desarrollar un sistema de información, para evaluar la transmisión de la enfermedad e identificar grupos que merecen atención prioritaria.

3.4.5 <u>Otras enfermedades parasitarias identificadas como prioritarias: Oncocercosis, Leishmaniasis y Tripanosomiasis, en las que se debe:</u>

a. Organizar investigaciones, con arreglo a las metas establecidas para mejorar la tecnología existente o establecer nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento.

b. Realizar investigación aplicada, según prioridades, como con el mejoramiento de la quimioterapia, de los métodos de diagnóstico y de las actividades integradas de control.

c. Determinar la distribución, incidencia y prevalencia, mediante encuestas nacionales y locales.

d. Establecer los factores que influyen en la transmisión.

e. Efectuar estudios de factibilidad para elegir métodos de control.

f. Desarrollar programas de prevención y control.

g. Diseñar mecanismos para integrar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de casos, en el nivel primario de los servicios de salud y para la coordinación con salud ambiental, en lo referente a medidas de prevención.

h. Adaptar la tecnología a las necesidades locales.

i. Establecer métodos eficaces de evaluación y control

3.4.6 Erradicación del *Aedes Aegypti*, mediante:

a. Análisis de los problemas y factores que afectan a las actividades destinadas a este fin.

b. Desarrollo de la investigación operativa y estudios sobre la resistencia del vector a los insecticidas.

c. Desarrollo de estímulos de nuevos enfoques para la erradicación, tales como el uso de agentes biológicos.

d. Análisis de problemas técnicos y administrativos.

e. Establecimiento de guías y manuales sobre insecticidas, equipo, entomología y control.

f. Actividades de control operativo, métodos químicos y otra índole, medidas biológica o genéticas, conducción de agua por tuberías, evacuación de desechos sólidos y mejoramiento del ambiente.

g. Selección de la tecnología apropiada, para el control de la vigilancia, así como para el sistema de prestación de servicios.

h. Mejoramiento de la vigilancia en fronteras, puertos y otros puntos de importancia crítica.

i. Intercambio de información entre países y coordinación de las actividades para impedir la reinfestación de zonas libres.

3.4.7 Vigilancia epidemiológica.

En este componente se desarrollarán acciones que permitan disponer de los elementos de diagnóstico permanente y actualizados de la situación de salud en las diferentes regiones del país, para la determinación de prioridades y toma de decisiones, lo cual permitirá intensificar el desarrollo del programa de prevención y control de las enfermedades prevalentes en nuestro medio.

Se fortalecerá el sistema nacional de vigilancia epidemiológica mediante las siguientes actividades:

1. Estudio y actualización contínua de indicadores epidemiológicos.

2. Fomento y organización del acopio, análisis y difusión de datos epidemiológicos a todos los niveles.

3. Diagnóstico epidemiológico y evaluación del estado de salud, incluyendo la identificación de factores de riesgo y de grupos expuestos.

4. Desarrollo de metodología para la recolección y evaluación de la representatividad de los datos acopiados ordinariamente.

5. Empleo de técnicas no convencionales para el análisis de morbilidad y mortalidad.

6. Mejoramiento de la capacidad local, para actuar oportunamente según los resultados del análisis epidemiológico.

7. Fomento y desarrollo de estudios epidemiológicos, en apoyo a las actividades de programación y evaluación de los servicios de salud.

8. Establecimiento de prioridades de acción y normatización de las actividades.

3.4.8 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha propuesto 4 objetivos-meta para los años 1989-1990:

1. Reducir el índice de mortalidad infantil en un 50% (menores de 1 año).

2. Reducir la mortalidad materna al 1/1000 nacidos vivos.

3. Erradicar la poliomielitis.

4. Dotar de agua potable y saneamiento al 50% de las comunidades rurales.

3.5 Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica.

1. Adoptar y aplicar todas las recomendaciones que para el control del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida propusieron las Comisiones en la reunión técnica, celebrada en Tegucigalpa, Honduras, del 13 al 15 de julio y presentadas por la Delegación de Honduras.

2. Elaborar un plan de acción conjunto, que incluya todas aquellas actividades e intervenciones que sean factibles de ser ejecutadas en forma cooperativa.

3. Lograr la autosuficiencia en todos los países delistmo en el diagnóstico de las infecciones por el VIH, desarrollando una red nacional de laboratorios y un laboratorio central de referencia.

4. Propiciar ante las autoridades de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud la inclusión en sus respectivos curricula contenidos sobre el SIDA, especialmente sobre la epidemiología de esta enfermedad en su respectivo país.

5. Solicitar a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) el apoyo técnico necesario para el cumplimiento de las recomendaciones formuladas en aquella reunión técnica.

6. Constituir un grupo técnico para la formulación y seguimiento del plan de acción conjunto para el control integrado por el Jefe del Programa Nacional de Control (o lucha) del SIDA y el Coordinador de la Comisión Nacional de cada país.

4. Discusión general.

Se considera que las prioridades de salud a resolver por el país no están en función de los declarado a nivel nacional, sino más que todo por lo estipulado por la Comunidad Sanitaria Internacional. (Ejemplo: Necesidades Prioritarias de

Salud en Centroamèrica y Panamà). Lo cual genera que los planes de control para enfermedades con relevancia epidemiològica, como el caso de tuberculosis, malaria, leishmaniasis, tripanosomiasis, enfermedades de transmisiòn sexual, dengue, entre otras, queden progresivamente relevadas de la importancia que representa su atenciòn, en las actuales circunstancias nacionales.

Las consideradas **Prioridades**, lo son en realidad pero no debe descuidarse el contexto general de la problemàtica que implica iniciar ya, un serio y conciente anàlisis multicasual a fin de proyectar las soluciones a un mediano plazo.

Se evidencia la falta de un Plan Nacional de Desarrollo, que es responsabilidad de la Secretarìa General de Planificaciòn Econòmica, en funciòn de objetivos bien delimitados y dentro de los cuales es prioritario el mejoramiento de las condiciones de vida de la poblaciòn lo cual al no haberse logrado, repercute en el logro y en el impacto de las metas circunscritas en los Programas de Salud.

La mayor parte de la capacitaciòn ha sido orientada a los mandos altos, siendo escasa para los mandos medios y bajos. Esto ha repercutido tambièn para que la motivaciòn en el personal no haya sido la màs adecuada.

5. 5. Revisiòn de la cooperaciòn tècnica con la informaciòn de proyectos, actividades del perìodo 1986-1989.

En el presente anàlisis evaluativo se hace referencia al proceso de gestiòn y apoyo dedicado a las actividades dirigidas hacia el Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, particularmente en lo que se refiere a Malaria y Dengue.

Comprende desde 1986 hasta el primer semestre de 1989. Se han considerado conjuntamente los Proyectos Paìs y Regional para fines de anàlisis de objetivos y estructura, toda vez que la Representaciòn OPS/OMS en Guatemala es sede de ambos tipos de cooperaciòn.

Los componentes del Proyecto Paìs se encuentran integrados a los componentes del Area Programàtica HPT, Programa Regional MAL y de Biologìa y Control de Vectores VBC.

5.1 Objetivos y estructura del programa.

La contraparte nacional en el proceso de cooperaciòn:

Las políticas del sector salud, de acuerdo con los propósitos tienen establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tienen como objetivo que la población pueda conservar, proteger, recuperar y mejorar su salud, habiéndose incorporado dentro del Plan de Gobierno, entre otros:

- La protección, conservación y el mejoramiento de la Salud Ambiental y el control de las Enfermedades Transmisibles.

El Programa de Malaria y de Ae. aegypti.

En 1955, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago de Chile y en la VIII Asamblea Mundial de la Salud, efectuada en México, se infromó de la factibilidad de erradicar el paludismo a nivel mundial, siempre que todos los países afectados iniciaran simultáneamente, las actividades de combate, colocando todos los recursos posibles y utilizando los mismos procedimientos y normas de trabajo.

Se invitó a todos los países a participar en la gran tarea a nivel mundial y la República de Guatemala fue uno de los primeros en aceptarla, promulgando (como primera medida), el Decreto Legislativo No. 1080, (Ley de la Erradicación de la Malaria) y creando el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria SNEM, como la entidad encargada de cumplir con esta responsabilidad, con fecha 5 de junio de 1956.

La División de Malaria depende de la dirección General de Salud; tiene a su cargo el desarrollo de las acciones y actividades de Control de la Malaria, del Control del transmisor **Aedes aegypti** y del Control de la enfermedad de Robles, conformándose, por lo tanto, con los departamentos correspondientes técnico-operativos y además un Departamento Administrativo.

Concomitántemente, desarrolla actividades de diagnóstico serológico e investigaciones epidemiológicas dirigidas al control del Dengue.

A partir de 1956, en que se inicia sistemáticamente la aplciación de insecticidas, como una de las principales medidas de ataque para controlar y, subsecuentemente, erradicar el paludismo, tanto el programa como la enfermedad han pasado por diversas etapas que van de características de infraestructura operacional y técnica de autosuficiencia hasta la carencia de oportunidad para poder disponer de

insumos básicos necesarios en la ejecución de los trabajos y de un proceso administrativo difícil en el manejo de los recursos humanos disponibles, así, la evolución epidemiológica del padecimiento ha sido variable.

La Comisión Multidisciplinaria que revió el PEM de Guatemala en 1970, concluyó que los resultados del programa habían constituido un factor positivo en el desarrollo socioeconómico del país, aunque no hubieran logrado alcanzar la interrupción de la transmisión malarígena.

Se recomedó darle prioridad al programa y la utilización de avances tecnológicos que pudieran utilizarse satisfactoriamente en cuanto a resultados inmediatos y se que intensificaran las actividades de educación sanitaria. Se subdividió el área malárica en cuatro áreas o categorías y se adoptaron medidas específicas para cada una de ellas.

Entre 1970 y 1979, la malaria registra una tendencia descendente en la primera mitad de ese período, incrementándose durante los siguientes 5 años.

A partir de 1976 la malaria se incrementó crudamente. Durante 1978 a 1987 se efectuaron rociamientos intradomiciliares con DDT y con DDT y otros insecticidas asociados. Hasta 1985 se mantuvo por arriba de 50,000 el número de casos de malaria detectados anualmente.

En 1988 se registraron 52,561 casos siendo el 95.9% correspondientes a **P. vivax** y el restante a **P. falciparum**. La población del área malárica está estimada en 3.528,946 habitantes.

La situación actual del Programa de Malaria se caracteriza por la prioridad en la adecuación de las medidas de ataque; complementando en las diversas áreas geográficas otro tipo de informaciones epidemiológicas, se continúa con el proceso de estratificación epidemiológica del área malárica, lo cual significa un abordaje diferente del concepto de ataque con cobertura total, iniciado con los objetivos de erradicación. La selectividad de las medidas de ataque en áreas específicas con la participación de la comunidad, con la integración de los servicios de salud, y dentro del contexto de las políticas de regionalización, descentralización y desconcentración del Gobierno Central, constituye la parte medular de la estrategia actual de control de la malaria.

5.2 Programa de Control de Enfermedades Transmisibles HPT.

El Capitulo Programàtico HPT ha dirigido la cooperaciòn tècnica hacia la atenciòn de las prioridades delineadas por los Gobiernos Miembros de la Organizaciòn, de la Subregiòn de los paìses de Centroamèrica y Panamà, con el objetivo de cooperar en : la movilizaciòn de recursos; generaciòn del conocimiento cientìfico, tècnico y operaicional; desarrollo de recursos humanos; formulaciòn de planes, polìticas y normas; planificaciòn, ejecuciòn y evaluaciòn de programas de prevenciòn y control de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Las lìneas anteriores forman parte de la estrategia global de la OPS/OOMS:

Desarrollo y fortalecimiento de la Infraestructura y la Capacidad Tècnica y Operativa de los Servicios Generales y Especializados de Salud como parte de los Sistemas Locales de Salud y en apoyo a las estrategias de Atenciòn Primaria de Salud.

5.3 Definiciòn y anàlisis de las variables de entrada.

Recursos Humanos.

El programa cuenta, de acuerdo con el presupuesto bienal, con los siguientes puestos: 1 Epidemiòlogo, 1 Entomòlogo y 1 Oficial Tècnico, este ùltimo puesto se encuentra vacante desde abril del presente año. En el mes de enero se cubriò el puesto de epidemiòlogo que habìa permanecido sin el recurso correspondiente desde el segundo semestre de 1987.

5.4 Definiciòn y anàlisis de las variables del proceso, prioridades de salud y mandatos subregionales.

El 28 de marzo de 1985 el Gobierno de los Estados Unidos de Amèrica, a travès de la aGencia Internacional para el Desarrollo AID, concediò a la OPS/OMS una donaciòn (No. 596-0136), para el apoyo al reforzamiento de los Programas de Control de la Malaria y a mejorar los sistemas de adquisiciòn, distribuciòn y control de calidad y utilziaciòn de drogas esenciales en la Subregiòn de Centroamèrica.

El beneficiario conviene en que los recursos de AID seràn utilizados solamente para asistencia tècnica, adiestramiento e investigaicones operativas en/o para: **Belice, costa** Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamà. En relaciòn al componente de malaria, el acuerdo identificò 5

àreas de apoyo: Investigaciòn aplicada de campo, centros de investigaciòn y adiestramiento, adiestramientos de corta duraciòn, cooperaciòn tècnica y el apoyo a un comitè asesor.

A partir de ese año se han realizado diferentes consultas y reuniones de evaluaciòn subregionales que mantienen actualizado el nivel de prioridades de salud de los paises que componen la regiòn, asì como la evaluaciòn de las propias actividades ejecutadas. La finalizaciòn del convenio està prevista para noviembre de 1989.

5.5 Algunos resultados obtenidos durante el periodo.

Con los acuerdos País/OPS/BID se han continuado las gestiones para promover el financiamiento externo; al respecto, en Guatemala se està procediendo a la elaboraciòn final de una propuesta de anteproyecto para el Control Integrado de la Malaria y el Dengue.

Se continùan desarrollando tambièn, con fondos USAID, adiestramiento e investigaciones en Malaria y Dengue. En el mismo rubro de **Movilizaciòn de Recursos**, se continùa apoyando al paìs en la identificaciòn de fuentes de financiamiento y en la formulaciòn de propuestas para la formulaciòn de fondos. Recientemente se ha hecho una consulta a la Organizaciòn para financiamiento por parte de los paises de la Regiòn Nòrdica.

Se han movilizado recursos nacionales para investigaciòn en enfermedades transmisibles y se promueve el establecimiento de 3 acuerdos operacionales e interinstitucionales que permitan aprovechar mejor dichos recursos y atender a las necesidades de investigaciòn y adiestramiento, de los Programas de Control.

En lo que corresponde a la **Diseminaciòn de la Informaciòn**, se continùa cooperando en el establecimiento y fortalecimiento de Sistemas de Informaciòn y Vigilancia Epidemiològica, dirigidos a las acciones oportunas de los programas de enfermedades infecciosas y parasitarias.

Se continuò la preparaciòn de manuales y se ha promovido la publicaciòn de articulos cientìficos elaborados por el personal de salud.

5.6 Formulación de Políticas, Planes y Normas.

Se ha continuado apoyando al país en la formulación de políticas, normas y estrategias, de acuerdo con la experiencia documentada en las diversas subregiones del continente y del mundo.

5.7 Capacitación de Personal.

Se continúan realizando cursos, seminarios y talleres de mediana, corta y larga duración para la educación profesional de grado y postgrado y para el adiestramiento de personal en todo nivel: Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica, Entomología, Microbiología, Parasitología, Administración y Gerencia de Programas, Cambio Organizacional, Control de Vectores y Reservorios, Ciencias Sociales aplicadas a la medicina y Análisis Epidemiológico en los Programas de Control.

5.8 A continuación se describe la entrega de la cooperación técnica de OPS/OMS en enfermedades transmisibles y SIDA, por año:

5.8.1 **Control de enfermedades transmisibles.**

1987.

- Asesoría técnica para el programa de control de enfermedades transmisibles incluyendo las enfermedades prevenibles por vacunación, las enfermedades diarréicas y las infecciones respiratorias agudas.

- Asesoría y participación en el programa de prevención y control de tuberculosis y recursos financieros para el desarrollo de un seminario taller.

- Asesoría al Instituto Dermatológico INDERMA en el control de lepra.

- Asesoría en el control de otras enfermedades transmisibles, como ETS, meningitis meningocóccica, dengue, etc.

1988.

- Asesoría en actividades generales de prevención y control de las enfermedades transmisibles.

- Capacitación de personal nacional en salud pública con énfasis en epidemiología y control de enfermedades transmisibles (dos becas académicas).

- Capacitación de personal de laboratorio en diagnóstico bacteriológico de enfermedades infecciosas (dos becas cortas).

- Suministro de materiales de trabajo a la División de Vigilancia y Control de Enfermedades (por valor de US$. 3,430).

- Asesoría a la Comisión Nacional de Tuberculosis mediante la participación durante 15 días de un consultor regional en tuberculosis, y apoyo en la rpeparación del documento básico de la Comisión.

- Apoyo técnico y financiero en el desarrollo de un curso corto sobre Metodología de la Investigación Aplicada al Programa de Tuberculosis.

1989.

- Asesoría técnica para el desarrollo de actividades generales de prevención y control de las enfermedades transmisibles.

- Capacitación de personal nacional en salud pública con énfasis en epidemiología y control de enfermedades transmisibles (dos becas académicas).

- Nueva asesoría del consultor regional en tuberculosis para seguimiento de las recomendaciones dejadas en 1988 y para colaborar en la estructuración de la red de laboratorios por tuberculosis.

- Capacitación de personal en la administración y el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis (dos becas cortas).

- Apoyo a la Comisión Nacional de Tuberculosis en la preparación del Programa Nacional de Tuberculosis.

5.8.2SIDA

1987.

- Asesoría técnica del consultor subregional en enfermedades transmisibles para la preparación del borrador de un Plan de Corto Plazo para la prevención y control del SIDA.

- Entrega de material informativo sobre SIDA a funcionarios nacionales de distintas instituciones.

- Cooperaciòn para la participaciòn de un funcionario nacional en la I Teleconferencia Panamericana sobre SIDA, realizada en Quito, Ecuador.

1988.

- Asesorla tècnica del mismo consultor subregional en la revisiòn del documento final del Plan de acciòn de Corto Plazo para la prevenciòn y control del SIDA. Presentaciòn al PMS/OMS y aprobaciòn del mismo.

- Entrega de material informativo sobre SIDA en forma màs consistente.

- Cooperaciòn para la participaciòn de un funcionario nacional en la II Teleconferencia Panamericana sobre el SIDA, realizada en Rìo de Janeiro, Brasil Y en la IV Conferencia Nacional sobre SIDA, realizada en Estocolmo, Suecia.

- Iniciaciòn de actividades del proyecto de cooperaciòn al pais para la vigilancia, prevenciòn y control del SIDA.

- Capacitaciòn de personal de laboratorio en el diagnòstico de la infecciòn por el VIH con la prueba de ELISA y las tècnicas de inmunofluorescencia y Western Blot.

1989.

- Cooperaciòn en la preparaciòn de planes operativos para cada uno de los componentes del Programa de Prevenciòn y Control del SIDA; en la organizaciòn del Programa Nacional y en la habilitaciòn de un local para la direcciòn tècnico-administrativa del mismo, suministrando equipo de oficina, mobiliario y ùtiles de escritorio.

- Apoyo tècnico y financiero para el desarrollo de actividades de capacitaciòn a personal de salud multiinstitucional y multidisplinario; en la preparaciòn de material educativo e informativo sobre la infecciòn por el VIH y el SIDA. Impresiòn de folletos, carteles y material audiovisual formativo.

- Suministro de reactivos para las pruebas de aglutinaciòn (SERODIA), destinadas al tamizaje de sangre para transfusiòn sanguinea en los bancos de sangre del interior del pais.

- Cooperaciòn en la habilitaciòn de una clìnica en el hospital San Juan de Dios, para la atenciòn de pacientes VIH positivos y con sintomalogìa compatible con el SIDA.

- Colaboraciòn en el desarrollo de cursillos y conferencias sobre infecciòn por el VIH y el SIDA.

- Asesorìa por un equipo tècnico del Programa Regional para la primera evaluaciòn del Plan de Corto Plazo y para la preparaciòn del Plan de Mediano Plazo para la vigilancia y control del SIDA.

6. Revisiòn de la Guìa de Evaluaciòn y aplicaciòn de la misma.

La revisiòn y anàlisis de la cooperaciòn tècnica llevò a concluir que:

No ha existido una evaluaciòn y un seguimiento de la cooperaciòn tècnica proporcionada, lo que ha repercutido en la ejecuciòn de los planes y programas. La asesorìa tècnica de corto tiempo se ha evidenciado como la màs efectiva; se considera necesaria la participaciòn y contrataciòn de personal nacional capacitado y con experiencia en determinada especialidad por parte de OPS para lograr los objetivos trazados por los planes y programas.

Es evidente la inversiòn de la cooperaciòn en la capacitaciòn del personal nacional a nivel internaciona, pero, no ha sido planificada de acuerdo a las necesidades de los programas. Asimismo la capactiaciòn no ha tenido seguimiento ni evaluaciòn lo cual no permite determinar su efectividad.

En cuanto al desarrollo del recurso humano a nivel nacional, la informaciòn y contenidos educativo no han sido multiplicado en cascada, por lo que su proyecciòn queda a nivel de cuadros directivos sin favorecer al resto de los niveles de atenciòn.

Las consultorìas cortas en su mayorìa han sido puntuales y de utilidad para los programas.

Los recursos tècnico financieros han afrontado problemas en su gestiòn administrativa ya que los procedimientos de ejecuciòn no estàn normados para todas las actividades, lo cual interfiere en el desarrollo de los programas.

A través de la formulación, elaboración de normas técnicas se ha logrado desencadenar la actualización de procedimientos y tratamientos más oportunos, como es el caso de las Normas de Vigilancia Epidemiológica y del Programa de Tuberculosis.

La asistencia técnica directa ha sido centralizada en los niveles técnicos normativos con escasa proyección a nivel de campo y con ingerencia a actividades específicas.

Las investigaciones específicas para actividades como malaria y rabia, han sido de beneficio para estos programas, sin embargo es notable la carencia de un plan que identifique las áreas sujetas a investigación según las necesidades de los programas y las necesidades de la población.

Los resultados de las investigaciones realizadas no han realimentado las áreas de salud lo cual no ha permitido la reorientación de los programas de salud y sus actividades.

Los sistemas administrativos se han deterioroado y modificado tornándose complicados y poco ágiles. No se informa con suficiencia a la contraparte nacional de los procedimientos administrativos para aprovechar la cooperación técnica.

La cooperación de OPS en su mayoría es de naturaleza técnica, apoyando con insumos algunos problemas y propiciando la cooperación financiera de otras agencias internacionales.

7. Desarrollo de guías específicas de evaluación:

El grupo de Control de Enfermedades Transmisibles, decidió dividir su trabajo por áreas específicas por este motivo se presentan las conclusiones específicas de : Programa de lucha contra la tuberculosis; Salud Pública Veterinaria; Enfermedades de transmisión sexual; incluyendo, SIDA; Malaria y Dengue.

Programa de lucha contra la Tuberculosis:

La formación de recurso humano profesional en materia de tuberculosis se limita al la década de los 70, su contribución ha sido determinante para la continuidad del programa lo cual ha permitido la observación de normas que traducidas en programas, mantienen a la enfermedad bajo control. Hasta 1989 la lucha contra la tuberculosis obtuvo de nueva cooperación técnica para la formación de personal de laboratorio, así como la implementación de la red nacional que apoya al programa.

El aporte económico en el período de evaluación (1986-1988) fue sumamente escaso, limitándose a la realización de dos seminarios de evaluación de la situación de la TBC en Guatemala; como resultado de las actividades citadas, el personal operativo manifestó sus necesidades, limitaciones y expectativas para el buen desarrollo del programa. Lo anterior ha permitido la implementación de nuevos enfoques estratégicos para el control de la tuberculosis.

En 1988 se recibió asesoría de un consultor lo que se tradujo en un diagnóstico actualizado de la situación prevalente, así como la adopción de las siguientes medidas:

- Actualización del proceso normativo.

- Fortalecimiento y mejora del sistema de información.

- Establecimiento de nuevas metodologías para las pesquisa, diagnóstico y fundamentalmente en el acortamiento del tratamiento de enfermos.

- Investigación operacional a través de la capacitación de personal investigador.

Desde el particular punto de vista de la División de Tuberculosis, la cooperación técnica ha sido insuficiente, ya que la constante demanda de ella, ha hecho que se la obtenga en forma muy limitada y espóradica; podría mejorarse con la asignación de un epidemiológo asesor en forma permanente.

Los aspectos a coordinar en materia de cooperación técnica, deben ser objeto de análisis y programación que no solo incluya la contratación de asesores STC o At, si no <u>fundamentalmente</u> la dotación de recursos e insumos para el programa.

Los resultados y utilización de consultores ha sido beneficiosa para el país a través de su racional participación y acorde con su capacidad de trabajo.

Hasta este momento se capacita al personal para la ejecución de investigación operativa, particularmente en lo relativo a la efectividad de los tratamientos acortados.

Los escasos recursos asignados al programa han sido administrados y utilizados por personal nacional, sin embargo en 1989 la administración fue centralizada en OPS con lo cual se ha restado agilidad, oportunidad y flexibilidad en su ejecución.

El apoyo ha sido mìnimo y discreto a las actividades de diagnòstico y tratamiento.

Desde el punto de vista pais la selecciòn con criterio politico para asistir a cursos de capacitaciòn y adiestramiento, asi como a reuniones de caràcter tècnico vinculadas a la lucha contra la tuberculosis. (restricciòn politica).

Relativo a OPS/OMS, los recursos aportados no siempre son congruentes a las necesidades del programa (restricciòn tècnico-administrativa). La centralizaciòn administrativa de los recursos por parte de OPS a partir de 1989, si bien han mejorado aspectos de caràcter interno en la orgnaizaciòn, en el campo operativo ha mermado la agilidad, flexibilidad y oportunidad en su ejecuciòn. (restricciòn administrativa).

En lo que se refiere al programa de lucha contra la tuberculosis, la cooperaciòn tècnica es vital, tanto en la actualidad como en el futuro, en lo relativo a la implementaciòn de las nuevas estrategias que de alguna manera y grado estàn siendo ya utilizadas.

La dotaciòn de recursos de cooperaciòn tècnica debiera ceñirse a estos tèrminos referenciales:

- Ser objeto de anàlisis y programaciòn en concordancia con necesidades reales que reflejen los problemas prioritarios de salud.

- Ser congruentes con las politicas, planes y programas del Plan Nacional de Salud.

- Observar escrupulosamente el principio de equidad en la asignaciòn, concibièndolo como dar màs a quièn màs necesita.

- Para la adjudicaciòn de becas y representaciones a actividades nacionales e internacionales, debiera existir un comitè ad hoc con representaciones del Ministerio de Salud Pùblica, OPS/OMS y la Divisiòn o Programa vinculado a la actividad de que se trate.

7.2 Salud Pùblica Veterinaria.

La Secciòn de Zoonosis del Departamento de Enfermedades Transmisibles, tiene como funciones principales dictar las normas tècnicas y procedimientos para el control de las zoonosis màs importantes existentes en el pais, asi como el diagnòstico de rabia en laboratorio anexo.

El laboratorio biológico tiene a su cargo la producción de vacunas antirrábicas de uso humano y animal para la prevención de la rabia.

En la Reunión de Ministros de Salud Pública -REMSA III- realizada en 1983, se tomó la decisión de controlar y erradicar la rabia de las principales ciudades de América Latina en la década de 1980. Guatemala fue signataria de esta Resolución.

Para dar cumplimiento a esta Resolución la OPS/OMS procedió a prestar la cooperación técnica por medio de un consultor regional en salud pública veterinaria, con el objeto de impulsar la preparación del Programa Nacional de Prevención, Control y Erradicación de la Rabia.

De igual forma la OPS/OMS nombró un consultor específico para la remodelación y equipamiento del laboratorio biológico, para incrementar la producción de vacunas antirrábicas para las necesidades del Programa.

Controlar y erradicar la rabia de las principales ciudades de América Latina en la década de 1980.

Cooperación técnica de la OPS/OMS en la preparación, implementación y ejecución del Programa de Prevención y Erradicación de la Rabia y actividades relacionadas.

Proyecto de remodelación, equipamiento y técnicas adecuadas para el incremento de la producción de vacunas antirrábicas al laboratorio biológico.

Período comprendido de 1986 - 1989:

- Los recursos humanos formados han contribuido a mejorar el desarrollo de los programas a nivel normativo, operativo y al resultado de los mismos, tanto para la Sección de Zoonosis como para el laboratorio biológico.

- Los recursos han tenido cobertura nacional realizándose talleres, cursos de actualización en diferentes Areas de Salud con énfasis en educación sanitaria y vigilancia epidemiológica, lo cual ha mejorado en el sentido de tener un mejor conocimiento de la situación prevalente en el país.

- Durante 1986 se dió inicio al Programa de Prevención, Control y Erradicación de la Rabia en la ciudad de

Guatemala, con recursos aportados por la OPS/OMS, con el objeto de evaluar las estrategias propuestas en el Programa.

- En 1987 se inició la preparación del Programa Nacional de Control de la Cisticercósis Humana con la cooperación técnica de la OPS, instituciones multisectoriales, universidades y otros. Se contó con la presencia de expertos en la materia como parte de la cooperación de OPS. Ambos programas han sido continuados con las normas y procedimientos establecidos.

- Para los programas del laboratorio biológico y zoonosis la cooperación técnica en el período 1986-1989 ha sido satisfactoria. Sin embargo, esta cooperación fue suspendida para 1989, tanto en Salud Pública Veterinaria como para el laboratorio biológico. Esta disposición se considera inconveniente pues se están iniciando los programas para los cuales se prestaba la cooperación.

- Se han propiciado en el laboratorio biológico investigaciones en nuevas técnicas de producción de vacunas antirrábicas con coadyuvantes. Las pruebas de campo se realizaron con la participación de la Sección de Zoonosis. Debido a los resultados satisfactorios estas técnica se incorporarán a la producción regular de los biológicos mencionados.

- La administración de los recursos ha sido centralizada en la OPS/OMS. No así su utilización, la cual ha sido a discreción de los responsables de los programas.

- Los insumos han sido utilizados para la implementación de los programas, adquisición de materiales de trabajo, reforzamiento de equipo, educación sanitaria, divulgación, etc.

- Las principales restricciones han sido de carácter administrativo y económico-financieras.

- Se considera necesaria la cooperación técnica por cuanto los programas están sujetos a procesos de cambio según avanzan en su desarrollo y estos procesos implican el cambio de técnica de aplicación, recursos, estrategias y otros factores de orden administrativo, epidemiológico y social.

7.3 Enfermedades de transmisiòn sexual, incluyendo el SIDA.

En relaciòn al desarrollo de recursos humanos, en enfermedades de transmisiòn sexual, la capacitaciòn de personal nacional en el exterior no se ha efectuado.

En relaciòn con el SIDA, la capacitaciòn de personal nacional en el exterior ha sido de:

- **1987.** Capacitaciòn de dos personas del personal tècnico relacionado con laboratorios (Panamà).

- **1987.** Asistencia del Jefe de la Divisiòn de Vigilancia y Control de Enfermedades, en la Teleconferencia SIDA (Ecuador).

- **1988.** Capacitaciòn de dos personas del personal tècnico relacionado con laboratorios (Puerto Rico).

- **1988.** Asistencia de 3 profesionales a la 1a. Reuniòn de Comisiones de lucha y vigilancia sobre el SIDA (Honduras).

- **1988.** Asistencia de 2 profesionales en el Simposio para la Educaciòn y Comunicaciòn Social (Mxico).

- **1988.** Asistencia de 1 profesional el Curso de Informaciòn sobre Red de Laboratorios (Iowa, Canadà).

- **1988.** Asistencia de 1 profesional a la Teleconferencia (Brasil).

- **1989.** Capacitaciòn para 1 tècnico profesional en tecnicas para procesar, Western Blot (Costa Rica).

- **1989.** Capacitaciòn en educaciòn y comunicaciòn social de 5 profesionales (Costa Rica).

Se ha apoyado con la:

La impresiòn de materiales de capacitaciòn:

Manual de normas de vigilancia hospitalaria y general.

Folletos sobre el SIDA.

Calendarios y afiches sobre el SIDA.

Afiches y trifoliar de la historia natural del SIDA.

Normas de vigilancia y control de ETS, y

Material de secretaria.

Además de insumos.

Capacitaciones con la participación de profesionales en congresos de especialidades; la recepción de la 2a. Teleconferencia sobre el SIDA a nivel panamericano y el apoyo en la elaboración del programa a corto plazo de vigilancia y control del SIDA.

Asistencia técnica directa:

- A través de consultorías a corto plazo, SIDA. 1988-1989.

Procesos de cambio desencadenados:

- Los recursos humanos formados en general, han contribuido al desarrollo de los programas.

- En lo que a la magnitud de los recursos para la vigilancia y control de las ETS se refiere, éstos recién se inician en el presente año. En lo referente específicamente al programa del SIDA, los recursos se han canalizado desde el año 1987.

- El uso de la movilización de recursos, ha estado de acuerdo al grado de desarrollo del programa del SIDA.

- Se ha logrado un mejor conocimiento de la problemática del SIDA entre el gremio médico, paramédico y en general, no así en el resto de ETS.

- Se ha generado acciones en diferentes grupos por loa información proporcionada respecto al SIDA. Dentro de estos grupos se pueden mencionar maestros, adolescentes, grupos privados que trabajan en salud, gremios de todo tipo y resto de la población.

- Se ha iniciado el desarrollo para la detección temprana de anticuerpos VI, en la población sospechosa de SIDA.

- Se ha incrementado la vigilancia y control de las ETS **incluyendo el SIDA.**

- Se ha impulsado la normatización y la difusión de las normas de vigilancia y control de ETS.

- Se ha impulsado a través del Seguro Social, dentro de su población adscrita, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Administración y utilización de la cooperación técnica:

- Se han afrontado ciertas dificultades en la movilización de recursos disponibles, por el propio desarrollo del programa de vigilancia y control del SIDA.

7.4 Grupo Malaria -Dengue.

Los recursos humanos, en relación con la capacitación recibida, contribuyen en parte al desarrollo de los programas en el período evaluado. El papel de las capacitaciones ha sido parcialmente efectivo , debido a dos situaciones:

- No siempre los cursos han respondido a necesidades operativas de los programas.

- Algunas veces se han escogido candidatos que no han sido idóneos para los cursos o a su regreso no se ha aprovechado la capacitación recibida.

Se recomienda:

- Basar la capacitación en un diagnóstico de necesidades, de acuerdo con la situación del país.

- Deben proponerse para los cursos de malaria, candidatos propios del programa o de servicios de salud que puedan contribuir a su desarrollo.

- Deben fortalecerse la capacitación de técnicos del nivel medio y considerarse capacitaciones apropiadas a personas de la comunidad participantes en actividades de salud.

Ha habido un adecuado aprovechamiento de los recursos humanos nacionales y los recursos financieros disponibles con mediación de la OPS han sido ejecutados convenientemente. Estos últimos resultan insuficientes y han cubierto campos muy limitados.

Se han afrontado dificultades en la movilización de recursos, por lo complicado de los procedimientos administrativos.

Con apoyo de la asesoría técnica se ha logrado una apreciable contribución al cambio en la concepción del programa:

se tiene concenso e integraciòn, se ha fortalecido la estratificaciòn y su implementaciòn, se ha dado paso a la regionalizaciòn y participaciòn comunitaria, y se estàn implementado cambios en las estrategias operativas. El sistema de informaciòn se ha equipado en computaciòn.

Se necesita apoyo en la elaboraciòn de normas para el programa de control.

La cooperaciòn tècnica es necesaria. Las consultorias a corto plazo han sido muy satisfactorias en las ùltimas oportunidades. En el pasado, hubo una adecuada asesoria en el trabajo de campo, en la entomologia y epidemiologia del programa.

En la actualidad, la asesoria ha disminuido y se ha focalizado en proyectos muy especificos, notàndose necesidades no plenamente satisfechas, ameritàndose reforzamiento con asesoria permanente en epidemiologia y adminsitraciòn de salud, y asesorias cortas en campos como ecologia humana, promociòn social y otros.

Los programas deberàn escoger las condiciones de las consultrias y señalar el tipo de conocimientos que deberà tener el consultor para cubrir los diferentes aspectos del problema, en base a las necesidades nacionales, las cuales son dinàmicas y cambiantes.

Se han realizado investigaciones financiada por el TDR/OMS en el campo de la colaboraciòn voluntaria, de comportamiento de las personas ante el tratamiento de malaria, y otra relacionada con efectos indeseables de los medicamentos antimalàricos. La asesoria tècnica ha participado en la realizaciòn de investigaciones de campo sobre el efecto de insecticidas nuevos con las cepas locales de los anòfeles vectores, tales como fenitrothion, deltametrina, Bacilos turingiensis. Actualmente se apoyan investigaciones a travès del Convenio OPS/OMS, en los campos de entomologia y sociologia.

Las investigaciones deben obedecer a necesidades nacionales y ser investigaciones operativas aplicadas que ofrezcan resultados a corto plazo.

Los resultados deben llegar a un banco de datos para estar disponibles para todos.

Los sistema administrativos parecen haberse deteriorado, son contemplados y poco àgiles. No se informa con suficiencia a la s contrapartes nacionales de los procedimientos administrativos para aprovechar la cooperaciòn tècnica.

Los insumos han sido utilizados de la mejor manera posible. Han llegado en su mayor parte para el centro de còmputo, laboratorio, medicamentos y repuestos para equipo rociado.

Las disposiciones legales del pais han causado retraso en el aprovechamiento de los recursos ofrecidos por la cooperaciòn de OPS.

Hay coincidencia en el actual enfoque del programa de control. Debe amplairse a otros campos como epidemiologia, promociòn social y administraciòn.

8. Recomendaciones y conclusiones:

1. No todos los recursos humanos capacitados han contribuido al desarrollo del programa de ETS.

2. Las enfermedades de transmisiòn sexual, en general, no han tenido el suficiente apoyo de las autoridades nacionels y agencias internacionales, a excepciòn del apoyo brindado al SIDA, en los ùltimos 3 años.

3. La cooperaciòn tècnica recibida en el SIDA, ha sido efectiva.

4. Es necesario que la planificaciòn de la asesoria tècnica se lleve a cabo con la participaciòn de las autoridades nacionales que tienen ingerencia en el programa de ETS.

5. Los problemas administrativos detectados al propio proceso de desarrollo del programa para la vigilancia y control de las enfermedades de transimsiiòn sexual, incluyendo el SIDA.

6. Que la cooperaciòn tècnica sea dada en funciòn de las necesidades detectadas por la Divisiòn de Vigilancia y control de enfermedades y coordinada con la OPS.

7. Impulsar el Plan Nacional para la vigilancia y control del SIDA.

8. Recomendaciones generales:

Fue concenso del grupo que este tipo de evaluaciòn que nunca se habìa realizado se le de seguimiento, habiendo estado de acuerdo los delegados de OPS y los asistentes en que se repita cada dos años. Asì mismo, se solicita que al estar el documento final se proporcione una copia a cada una de las dependencias participantes.

El representante del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) solictò mayor asesorìa tècnica administrativa por parte de OPS.

Finalmente se considerò necesario manifestar una felicitaciòn a los miembros que promovieron esta actividad.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
SALUD DE LA MUJER, MADRE Y RECIEN NACIDO
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante los días 12 y 13 de julio de 1,989.

Guatemala, julio - agosto de 1,989.

Salud de la madre y el niño recién nacido.

Participantes:

Dr. Luis Alonso	DGSS
Dr. Francisco José Arenas	DGSS
Sra. Laura Estela Carcamo	DGSS
Dr. Napoleón Díaz	IGSS
Dr. Alfredo Fernandez	DGSS
Dr. Mario Figueroa A.	FAC. CIENCIAS MEDICAS USAC
Lcda. Alma Aida Hernàndez	DGSS
Dr. Ricardo Lopez Urzua	DGSS
Dr. José Adan Montes	INCAP
Dr. Elmer Núñez	DGSS
Dr. Otto Zeiisig B.	DGSS

Moderador: Dr. Baudilio Sajché

Relator: Dra. Susana Lemus

Consultor: Dra. Cristina Da Cunnha
Dr. José Adan Montes

Este informe fué elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideración de la Reunión de Evaluación Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE SALUD DE LA MADRE Y EL NINO

1986 - 1989

1. Propósito.

1.1 Evaluar la cooperación técnica recibida por el país en el Area de Salud de la Madre y el Niño, proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar líneas de acción para la cooperación técnica a recibir en el futuro.

2. El problema.

Los servicios de salud han carecido de definiciones claras entre la medicina preventiva y curativa. Las acciones de Gobierno se han orientado básicamente a la atención de los efectos sin atacar las causas que originan los problemas de salud. La poca atención a la medicina preventiva ha dado como resultado que se incremente la incidencia de casos que requieren hospitalización, servicios que cada vez son más limitados en cobertura y calidad, sin que mejore el nivel general de salud. Se tiene una concentración de los servicios en las áreas de los servicios en las áreas urbanas en detrimentos de las rurales. De todos los médicos del país 45% radican en la ciudad capital; del personal de salud en general 68% trabaja en hospitales; 25% en centros de salud y 7% en clínicas y puestos de salud.

Mortalidad*

En 1987 ocurrieron 68,311 defunciones, 56% fueron en el sexo masculino y el 44% en el sexo femenino.

En Guatemala Sur, Totonicapán, Quiché, San Marcos, Chimaltenango, Alta Verapaz, Baja Verapaz y Huehuetenango, menos del 10% de las defunciones ocurren en ambiente hospitalario. A

(*) Anuario Estadístico 1987, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

nivel nacional el 75.6% de las defunciones ocurrió en el domicilio, el 19.1% en el hospital, el 4% en la vía pública y el 1.3% en casas de salud.

La correlación con el tipo de asistencia recibida previa a la defunción nos demuestra que a nivel nacional el 42.9% no tuvo ninguna asistencia médica, el 32.8% fue asistido por médicos, el 21.6% fue atendido por personal empírico y el 2.7% por comadrona.

A partir de 1950 la propoción de defunciones en la población que había recibido atención médica evolucionó de 11.5% en 1950, 14.4% en 1960, 20.5% en 1970, 29.6% en 1980 a 32.8% en 1987.

A nivel nacional la certificación de la defunción, un 48.5% es por médico; el 34.1% es certificado por alguna autoridad municipal, el 10.3% por personal empírico no de salud, el 7.1% de las defunciones no tiene ningún tipo de certificación. Se identifica la dificultad que existe en el registro de las defunciones y la confiabilidad de las informaciones.

Mortalidad en el menor de 5 años.

Mortalidad perinatal.

Para 1987 la tasa de mortalidad perinatal en Guatemala es de 28.57 por mil nacidos vivos, siendo las cinco causas principales: "Ciertas afecciones que se originan en el período perinatal"; "Hipoxia intrauterina y asfixia al nacer"; "Infecciones propias del período perinatal"; "Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otras formas de bajo peso al nacer"; "Otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido." 8.808 es el número de muertes perinatalaes, 280 es el número debido a causas mal definidas y los nacimientos son 308,307.

Mortalidad en menores de 1 año.

La mortalidad infantil mantiene una tasa estimada en 1988 de 51.31 por mil nacidos vivos, con rangos que van desde 81.40 en el departamento de Escuintla a 35.97 en el de Chiquimula; dentro de ésta, resalta la mortalidad neonatal que es de 17.19 por mil nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad infantil y sus porcentajes son: las diarreas con el 23.80%; las infecciones respiratorias agudas 23.56%; los signos síntomas y estados morbosos mal definidos el 5.30%, la desnutrición el 4.31%, las infecciones del período perinatal 4.14% y los trastornos de líquidos de líquidos, electrolitos y desequilibrio ácido básico (3.18%) que en su conjunto representan el 65% del total de defunciones en ese grupo etareo.

La tasa mortalidad infantil es un indicador sensible a la disponibilidad, utilización y eficacia de la asistencia sanitaria y especialmente como se menciona en la atención perinatal.

Mortalidad de 1 a 4 años.

En reflejo de factores ambientales que afectan la salud del niño, tales como la nutrición y el saneamiento. Además, pone de manifiesto el grado de pobreza y la cantidad de indicios afectados por ésta, por lo que resulta también un indicador sensible del desarrollo socio-económico de una comunidad. La tasa de mortalidad es de 8.40 por 1,000 niños de 1 a 4 años. Las primeras cinco causas de defunción las constituyen las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la desnutrición, trastornos de líquidos, electrolitos y del equilibrio ácido básico y parasitosis intestinal; conformando su cómputo el 70% del total de muertes en este grupo.

Mortalidad materna.

Es la defunción de una mjuer durante el embarazo, parto y puerperio. La tasa de mortalidad materna para 1987 fue de 1.04 por 1,000 nacidos vivos. Con tendencia descendente, sin embargo que esta cifra, al igual que la mortalidad en los grupos anteriores, está afectada por el subregistro y el bajo porcentaje de certificación por personal calificado.

La principal causa de defunción materna son las complicaciones en el curso del trabajo de parto que ocupan el 56% del total de causas, siguiendo en orden descendente las complicaciones relacionadas con el embarazo (14%); la sepsis puerperal (12.5%) y el aborto (11.5%).

La encuesta nacional materno-infantil de 1987 nos indica la baja protección contra tétanos en mujeres embarazadas, únicamente el `4% de los nacimientos ocurridos en los

últimos 5 años se registra con madres que habían recibido toxoide tetánico. Se observa la menor protección en los grupos indígenas.

En lo referente a la atención prenatal se muestran variaciones importantes según el área de residencia y la escolaridad de la mujer.

En áreas rurales una cuarta parte de los nacimientos han recibido atención prenatal profesional, en áreas urbanas el 57% recibió este tipo de atención. Solamente el 17% de los grupos indígenas recibió atención prenatal.

En referencia al nivel de instrucción el 18% de los nacimientos de mujeres sin educación recibió atención prenatal profesional mientras que el 86% de los nacimientos de mujeres que han pasado por la enseñanza secundaria recibió esta atención.

La atención profesional del parto se distribuye en baja proporción en su oferta y según las diferentes zonas de residencia y nivel de instrucción de la mujer. El 58% de los nacimientos del área urbana fueron atendidos por profesional contra apenas el 18% de los nacimientos ocurridos en áreas rurales. Entre mujeres indígenas el 10% tuvo atención profesional durante el parto. En promedio en el país, el 22% de los partos se atienden en instituciones, principalmente el de alto riesgo.

La planificación familiar se presenta como un programa tendiente a disminuir la mortalidad materna y la mortalidad infantil; los resultados de la encuesta nacional materno-infantil de 1987, ENNMI-87, nos indican que el conocimiento de anticonceptivos entre las mujeres guatemaltecas es moderado. El 70% del total de mujeres dicen conocer o haber oído hablar de alguno de estos métodos. Entre las mujeres en unión (casadas o unidas), esta proporción es prácticamente igual al 72%. Es interesante notar que, entre las mujeres que conocen métodos prácticamente todas conocen por lo menos un método moderno. Las mujeres que solmente conocen algún método tradicional y que desconocen los métodos modernos, constituyen el 0.2% del total".

En 1987 hubo un total de 308,307 nacimientos, obteniéndose una tasa de natalidad a nivel República de 36.5 por 1,000 habitantes y una tasa de fecundidad general de 180 por 1,000 mujeres en edad procrear. La información es variable por departamento; las tasas más altas de natalidad se encuentran en Quezaltenango, El Petén, Jalapa, Totonicapán

y San Marcos que oscilan entre el 43.7 y el 41.4 por 1,000 habitantes. El 95% de los nacimientos ocurrió en las mujeres de 15 a 39 años, con el 53% en el total ocupado por el grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad.

3. Revisión y análisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relación con el área de Salud de la madre y el niño.

3.1 Política de salud del Plan del Gobierno Democráta Cristiano.

Medicina preventiva para todos:

- Programas intensivos de investigación y reforzamiento de la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias.
- Programas intensivos de vacunación en todos los poblados del interior de la República.
- Atención y educación primaria de medicina preventiva.
- Reforzamiento de los programas de planificación familiar y bienestar social.

3.2 Memorándum Presidencial II (1987-1989).

Es necesario enfatizar los programas de atención preventiva, particularmente para grupos de población considerados de alto riesgo: niños y madres (embarazos y lactantes); es necesario el involucramiento de organizaciones y personas voluntarias que estén dispuestas a servir a los guatemaltecos siguiendo los lineamientos de la Organización Participativa de Proyectos en el área de salud.

Se propuso conquistar la voluntad de todos aquellos guatemaltecos para que brinden su apoyo a los demás, integrando brigadas de salud que atiendan niños y madres en los problemas más sencillos pero más comunes que padece la población a quién debemos dedicarnos con más ahínco porque son la razón de ser de nuestra sociedad.

Los recursos provendrán del Fondo de Inversiones Sociales, y serán presupuestados en las modificaciones que se hará al actual presupuesto de Ingresos y Gastos.

3.3 Programa de Reorganización Nacional 1987-1988.

El proyecto social tiene dos dimensiones: la primera es la generación de servicios de carácter social, que mejorando las condiciones de vida de los grupos poblacionales que cubren sus necesidades básicas, reduzcan las desigualdades entre los grupos sociales; y, la segunda, es la apertura de canales de comunicación y participación de todos los sectores, para crear un clima de diálogo social y de concertación.

Como áreas de trabajo a las que se prestaría atención prioritaria en 1987 se propuso:

Ampliación y mejoramiento de la red de servicios básicos, para superar las condiciones de los grupos de extrema pobreza.

3.4 Plan de Salud (1987 - 1991).

Lineamientos de política y estrategias.

Grupo Materno-infantil.*

Este componente constituye una serie de acciones de asistencia integral a la familia, consistentes en servicios adecuados y esencialmente de fomento y protección de la salud, para mujeres y niños, haciendo énfasis en aspectos específicos que es preciso fortalecer, tales como: la identificación de grupos expuestos y mejoramiento de nivel y calidad de asistencia que han de recibir, el establecimiento de métodos eficaces y simplificados del estado de inmunización y nutrición de los niños, el estudio y desarrollo de métodos prácticos e integrados para identificar y atender necesidades y problemas de salud en adolescentes y jóvenes, la participación de la comunidad en actividades

---

(*) Documento elaborado por la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Noviembre de 1986.

relacionadas con asistencia materno-infantil y coordinación de actividades de salud dentro del sector, así como otras coadyuvantes dentro de otros sectores, tales como: educación, agricultura, trabajo, etc.

Actividades.

1. Evaluación y vigilancia del estado de salud de la madre y el niño, mediante: a) establecimiento de metodologías simplificadas, b) diseño y realizaciñón de estudios específicos para identificar los problemas de salud de grupos vulnerables, como son la mortalidad perinatal y la salud materna, c) acopio, análisis y difusión de informaciones sobre los estudios y experiencias.

2. Fortalecimiento y desarrollo del componente de asistencia materno infantil en la atención primaria de salud, debiéndose: a) desarrollar tecnologías apropiadas, para la atención perinatal por niveles de atención y de servicios a recién nacidos, y para el cuidado contínuo e integrado al nió, como parte de la atención primaria, b) planificar y ejecutar actividades orientadas al mejoramiento del bienestar físico, mental y social del adolescente, incluyendo educación para la vida familiar, c) promover y fortalecer la nutrición incluyendo lactancia materna, así como la alimentación del recién nacido y de la niñez en general, d) establecer y aplicar métodos adecuados de detección y cuidado de madres y niños en alto riesgo a todos los niveles de atención. e) diseñar proyectos específicos que faciliten la atención integral a la familia y a las mujeres que trabajan, f) estimular las medidas de prevención y establecer pautas y materiales de educación sobre salud, en apoyo de esas actividades.

3.5 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha propuesto 4 objetivos-meta para los años 1989-1990:

- Reducir el índice de mortalidad infantil en un 50% (menores de 1 año).

- Reducir la mortalidad materna al 1/1000 nacidos vivos.

- Erradicar la poliomielitis.

- Dotar de agua potable y saneamiento al 50% de comunidades rurales.

3.6 Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica.

Resuelven:

- Reiterar la firme voluntad de los gobiernos del istmo en la utilización más eficiente de los recursos nacionales y externos, asignados a la salud de la madre y el niño;

- Coordinar las acciones de salud integradas en un plan nacional materno infantil, que contemple la participación intrasectorial e intersectorial y que incorpore los orgnaismos no gubernamentales;

- Recomendar que las acciones de supervivencia infantil se den dentro del contexto de salud integral, mediante la descentralización y el fortalecimiento de las acciones en los sistemas locales de salud.

- Completar el proceso de identificación de grupos y áreas geográficas prioritarias con criterio de riesgo, y concentrar recursos ejecutando acciones que modifiquen la situación actual;

- Ejecutar acciones de capacitación integral para el mejoramiento de los recursos humanos en procesamiento y análisis de inforamción, en capacidad gerencial, en conocimientos técnicos básicos de salud materno infantil y desarrollar estrategias de comunicación social y educación para la salud;

- Fortalecer el sistema de supervisión que permita el monitoreo y evaluación permanente del cumplimiento de los planes de acción.

- Instar a las agencias involucradas en el proyecto de supervivencia infantil para que agilicen los trámites de asignación de recursos y cooperar en la readecuación del programa, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la salud materno infantil, sin limitar el uso de los fondos a las áreas básicas de supervivencia infantil

- Revisar los programas de atención relacionados con enfermedades transmisibles de los grupos de población materno infantil, y reorientarlos de manera más efectiva, en especial hacia las áreas geográficas y sociales más desfavorables.

4. Discusión general.

a. El grupo discutió la falta de participación de todos los niveles en la elaboración de las políticas y que el nivel decisorio no toma en cuenta la opinión de los mandos medios o del nivel técnico.

b. Se adujo que hay tomar en cuenta los obstáculos al desarrollo de los programas, se reconoció que hay documentación escrita sobre la orientación de las acciones del Gobierno, aunque esto último no garantiza que los recursos lleguen a donde deben llegar. La cooperación técnica no se integra a un plan preestablecido. Se destacaron los logros en las actividades de inmunización y el incremento del impacto en el descenso de las enfermedades inmuno-prevenibles en la salud.

b. Otro aspecto ampliamente discutido fue el apoyo del presupuesto nacional a los programas de salud materno-infantil. En la situación actual las actividades que se desarrollan se hacen con los recursos de cooperación internacional. Esto conlleva a políticas no "operativizadas" y a cierto grado de dependencia de la agencia financiera, lo cual no es deseable.

La situación financiera de los Departamentos nacionales como: Materno-infantil, Salud Bucal, Nutrición es difícil por que éstos no cuentan con presupuesto nacional; el apoyo externo que se da algunos programas ya viene condicionando y crea hipertrofia y atrofia, según sea el caso de las actividades nacionales. En otras ocasiones la cooperación se queda en niveles intermedios de poco beneficio directo a la comunidad y las actividades desaparecen al concluir el financiamiento. Lo anterior, es una referencia a la cooperación en su conjunto, incluyendo a OPS/OMS.

c. El grupo se pronunció vigorosamente por las actividades en el nivel comunitario, se consideró necesario que se haga investigación para encontrar la manera de llegar a la gente más desposeída, haciendo real la participación comunitaria. Se discutió sobre la necesidad de establecer criterios sobre los problemas, actualización de conceptos, etc., todo dentro de un contexto nacional.

d. Hay actividades concretas como la de inmunizaciones relativamente fáciles de evaluar pero también existen acciones muy subjetivas de difícil análisis; por ejemplo, el cuidado prenatal, que depende de situaciones a menudo imponderables como: educación de la familiar, nivel de salarial y accesibilidad, entre otras.

e. Los participantes discutieron ampliamente la falta de coordinación de la cooperación técnica de las agencias, entre sí, y de las entidades nacionales. En lo referente a las agencias internacionales se da el caso, que no se complementen sino compiten entre sí; a excepción de los resultados favorables del Comité Interagencial del PAI, que fueron destacados por el grupo como muy favorables para el país.

La dependencia de los grupos nacionales al financiamiento externo, ha llevado a la debilidad de criterios reflejándose en la utilización constante de neologismos que crean confusión conceptual.

f. Se intercambiáron criterios sobre el INCAP y sobre la orientación actual de esa institución, indicando un cambio favorable.

El grupo se refirió repetidas veces a la necesidad de consulta a las áreas aplicativas en lo relacionado al quehacer en salud para contar con criterios más reales.

5. Revisión de la cooperación técnica con la información de proyectos, actividades del período 1986-1989.

Dentro del marco del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud, específicamente en el Area de Supervivencia Infantil, la cooperación técnica de OPS e INCAP, apoyan la implementación y evaluación de acciones específicas de salud materno-infantil para el control de enfermedades diarréicas y terapia de rehidratación oroal, monitoreo del crecimiento y desarrollo, prácticas adecuadas de alimentación y educación en salud y nutrición y fortalecimiento de la capacidad técnica administrativa y operativa del Departamento Materno- Infantil y desarrollo del program conjunto.

La cooperación técnica ha sufrido modificaciones estratégicas en la orientación de sus componentes prográmticos, en busca de una mejor respuesta a los requerimientos del país y el período de la presente evaluación las acciones componentes: 1)apoyo para la elaboración e implementación de

políticas, planes y programas; 2) formación de recursos humanos; 3) investigación; 4) difusión de infroamción científico-técnica.

Desde el año de 1985 OPS - INCAP, conjuntamente con las otras agencias de cooperación técnica apoyaron la preparación de los Planes Quinquenales Integrados de Salud Materno-Infantil para cada uno de los países de la Región y colaboró con Guatemala en la formulación de los planes de acción y Supervivencia Infantil de los años 1986, 1987, 1988 y 1989, así como la implementación de actividades específicas de Supervivencia Infantil a nivel nacional.

Desde ese mismo año se vienen promoviendo las actividades de supervivencia infantil (SI) en los países del istmo, tanto a nivel político como técnico. Funcionarios del INCAP han colaborado con grupos técnicos nacionales en la recolección, procesamiento e intrpretación de datos sobre salud y nutrición y el Centro de Documentación periódicamente divulga información sobre la situación de madres y niños. Esa base de datos es revisada periódicamente, de modo que se cuenta con información actualizada a nivel nacional y subregional. Por otra parte, en el Centro de Documentación del INCAP se coleccionan documentos técnicos específicos preparados por los países sobre estos temas. La base de datos contiene información sobre los indicadores más confiables y válidos de la situación de salud y nutrición y sobre el manejo de los programas materno-infantil, de acuerdo a las recomendaciones de los grupos técnicos de expertos de la OMS, del UNICEF, de USAID y del INCAP.

En relación a la coordinación interagencial se ha trabajado estrechamente INCAP, UNICEF y la OPS/OMS en apoyo a las actividades de supervivencia infantil.

En enero de 1986 un Seminario-Taller sobre Supervivencia Infantil, se identificaron los siguientes proyectos subregionales del Plan: 1) Apoyo al manejo gerencial de los programas de salud materno-infantil; 2) Educación para la salud; 3) Formación y capacitación de recursos humanos; 4) Monitoreo y evaluación; 5) Investigación aplicada y básica. El INCAP participa en los diferentes proyectos con énfasis en la formación de recursos humanos y en las investigaciones básicas y operacionales. El apoyo al programa nacional lo hace a través del eje programático de cooperación técnica de Alimentación y Nutrición en los programas de Salud Materno-Infantil y en los programas de capacitación y educación permanente sobre la base de programas anuales con evaluación y ajuste cada cuatro meses.

I. Cooperación técnica.

a. Apoyo para revisión de normas técnicas.

b. Fortalecer el sistema único de información de salud.

c. Diseño del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación.

II. Recursos humanos.

a. Apoyo al desarrollo y formación de recursos humanos en Salud Materno-Infantil.

b. Apoyo para capacitar personal de salud de nivel operativo.

c. Apoyo para capacitar personal de organismos no gubernamentales.

d. Apoyo para capacitar personal docente de instituciones formadoras de recursos humanos.

e. Apoyo para el desarrollo de metodologías para la capacitación de personal en servicio en aspectos de Salud Materno-Infantil.

1. Módulos integrados de supervivencia infantil.

2. Módulo de aspectos de supervivencia infantil, para el Sector Educación.

3. Revisión de curricula de preprimaria y primaria incorporando aspectos de Salud y Nutrición.

f. Capacitación para el control de enfermedades diarréicas. Cursos de habilidades de supervisión, administración y gerencia del CED e IRA.

Apoyo técnico - Enfoque de riesgo, control de diarreas - Infecciones respiratorias agudas, organización y gestión del Programa Materno Infantil

III. Investigación.

a. Manejo alimentario del niño con diarrea a nivel comunitario, institucional y hospitalario.

b. Epidemiología de la diarrea persistente.

c. Estudios antropológicos a nivel comunitario, proveedores y usuarios de servicios.

d. Encuesta nacional de Salud Materno-Infantil.

e. Estudio de condiciones de eficiencia de los servicios.

f. Estudio de los sitios centinela.

g. Investigación operacional sobre monitoreo y evaluación de programas Materno-Infantiles.

IV. <u>Difusión de información.</u>

a. Aumento de la disponibilidad de información científico-técnica. Distribución de:

1. Colección de documentos sobre salud infantil.

2. Boletines:

ASI (Avances en Supervivencia Infantil)

Madres y niños.

Diálogo sobre diarrea

Noticias sobre IRA.

3. Paquetes de documentos técnicos regulares de resúmenes para seminarios.

4. Hojas técnicas para tratamiento del niño desnutrido.

b. Apoyo técnico y bibliográfico a unidades locales de documentación en Salud Materno-Infantil.

c. Elaboración de material educativo para material comunitario sobre:

- Lo que toda mamá debe saber sobre los "asiento"s.

- Lo que todo trabajador de salud debe saber sobre los "asiento" y su tratamiento.

Con relación al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

1987

- Asesoría técnica y financiera en la elaboración del Manual de Normas Técnicas del PAI.

- Asesoría técnica en la elaboración y ejecución del Plan de Acción PAI (período 1987-1991), con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades inmuno prevenibles y alcanzar la meta de "erradicación de la poliomielitis" hasta 1990.

- Firma del Memorándum de Entendimiento entre el Gobierno de Guatemala, las Agencias Internacionales (OPS/OMS, UNICEF, AID, BID) y el Club Rotario de Guatemala, a fin de brindar apoyo técnico y financiero a las actividades programadas en el Plan de Acción del PAI para el cuatrienio y lograr las metas propuestas. * (Valor aproximado de la ayuda externa US$. 23 millones).

- Apoyo y participación en el funcionamiento del Comité de Coordinación Interagencial para el Plan de Acción del PAI.

- Asesoría técnica en el desarrollo técnico y adminsitrativo de las actividades del PAI, reforzada a través de la contratación de STC's.

- Asesoría técnica en la implementación del Sistema de Información del PAI (Vigilancia Epidemiológica y Cadena de Frío).

- Apoyo técnico y financiero en la adquisicíon de productos biológicos (vacunas), insumos y materiales para el PAI.

- Asesoría técnica y financiera en la elaboración y reproducción de las Normas de Vigilancia Epidemiológica de la Poliomielitis y Módulo de enseñanza-aprendizaje sobre poliomielitis para los niveles aplicativos del país.

- Asesoría técnica y financiera en la organización y ejecución de cursos de Vigilancia epidemiológica, enfermedades dle PAI y seminarios sobre la erradicación de la polio a las Areas de Salud.

- Apoyo en la compra de materiales y equipos para el INCAP (Laboratorio de Referencia para la Subregión al Plan de erradicación de la polio).

- Asesoría técnica y financiera en el levantamiento de coberturas de vacunación por municipio en todos los servicios de Salud Pública del país.

- Apoyo y participación en la realización de investigaciones epidemiológicas de casos sospechosos de polio y otras enfermedades inmunoprevenibles.

- Colaboración en el desarrollo de las actividades de promoción y comunicación social del PAI.

- Asesoría técnica en la evaluación y monitoreo mensual y trimestral del PAI.

1988

- Asesoría técnica y financiera en la programación y ejecución del Plan de Acción del PAI para 1988.

- Continuidad de la asesoría técnica a través de la contratación de STC's, para el desarrollo e implementación de las actividades programadas en el Plan de Acción y cumplimiento de las metas trazadas de inmunización univesal y erradicación de la polio para 1990.

- Asesoría técnica y financiera en la programación, ejecución y evaluación de las Jornadas Nacionales de Vacunación (realizadas en mayo y junio).

- Asesoría técnica y financiera en la organización y ejecución de seminarios sobre erradicación de la polio en los Distritos de salud y hospitales departamentales.

- Apoyo técnico y financiero en la reproducción de materiales, boletín epidemiológico del PAI y compra de suministros para implementación del Sistema de Información y retroalimentación a los servicios de salud.

- Asesoría técnica en la implementación de la vigilancia epidemiológica de poliomielitis en las áreas fronterizas del país (énfasis al Plan Trifinio).

- Apoyo y participación en las actividades de investigación epidemiológica de casos de polio a nivel hospitalario y domiciliario, así como en la ejecución de medidas de control pertinentes.

- Refuerzo de la cooperación técnica a la División de Vigilancia y Control de Enfermedades, con la contratación de un consultor nacional para el Plan de erradicación de la polio.

- Apoyo técnico y financiero para la realización de búsqueda activa de casos de polio en todos los hospitales y centros de salud del país.

- Asesoría en el monitoreo mensual y trimestral y evaluación de las actividades del PAI y progreso hacia la erradicación de la polio.

- Asesoría técnica y apoyo al transporte de muestras de laboratorio de casos probables de polio para el INCAP de Guatemala y Centroamérica.

- Asesoría técnica y financiera en la realización de reuniones fronterizas e internacionales con la participación de técnicos nacionales sobre la revisión del PAI y erradicación de la poliomielitis.

- Participación en actividades científicas (congresos, simposiuns, entrevistas y reuniones técnicas) y divulgación del PAI y erradicación de la polio a nivel nacional.

- Compra de vehículos Toyota para apoyar la supervisión de las actividades contempladas en el Plan de Acción del PAI a nivel local.

<u>1989</u>

- Asesoría técnica y financiera al desarrollo técnico-administrativo del Programa, dando continuidad a las actividades rutinarias (vacunación institucional, cadena de frío, vigilancia epidemiológica, etc.) y otras estrategias especiales (operación barrido y vacunación acelerada) a fin de cumplir las metas establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Asesoría técnica y financiera a la programación y ejecución del Plan de acción del PAI para 1989.

- Apoyo técnico y financiero a la adquisición de biológicos y material de laboratorio virológico de la polio, así como, suministros y papelería para el Programa.

- Asesoría técnica y financiera en la programación, supervisión y evaluación de las Jornadas de Vacunación (realizadas en abril y mayo) a través de la participación activa en el Comité Técnico Central.

- Asesoría técnica y financiera para la realización de la Encuesta Nacional de Frío, a través de la contratación de un STC.

- Asesoría en la implementación del Sistema de Información de la Cadena de Frío, diagnóstico, necesidades y capacitación.

- Asesoría técnica y financiera en las capacitaciones sobre las normas del PAI con énfasis al Plan de erradicación de la poliomielitis y JNV.

- Colaboración de actividades de promoción sobre el PAI y erradicación de la polio.

- Asesoría y participación en las investigaciones epidemiológicas y evaluaciones neurológicas de casos de polio (hospitalrio y domiciliar), supervisión y monitoreo de las actividades del Plan de Acción.

- Compra de 2 vehículos y contratación de 2 médicos nacionales para apoyar y reforzar la supervisión de las actividades del Plan de erradicación de la polio a nviel local, en especial de "Operación Barrido" en los municipios de riesgo y la vacunación acelerada (agosto-diciembre) en todo el país.

- Mantenimiento de la cooperación técnica brindada a la Dvisión de Vigilancia y Cotnrol de Enfermedades (coordinación del Plan de erradicación de la polio), a través de un consultor nacional contratado desde el año pasado.

- Asesoría técnica y financiera en la orgnaización y realización de reuniones técnicas nacionales e internacionales sobre el PAI e intercambios sobre el progreso hacia la erradicación de la polio, con la participación de técnicos nacionales. Por ejemplo:

  . III Reunión Centroamericana para la revisión del PAI y la erradicación de la poliomielitis (Guatemala, 15-17 febrero)

  . I Reunión Centroamericana de Neurológos Pediatras para la erradicación de la poliomielitis (Guatemala, abril).

. VII Reunión del Grupo Técnica Asesor del PAI y la erradicación de la poliomielitis en las Américas (Cartagena, 11-14 julio).

- Apoyo técnico y financiero en la retroalimentación del Sistema de vigilancia epidemiológica para el PAI a los servicios de salud.

- Asesoría técnica y financiera en la planificación, supervisión y evaluación de las actividades del Plan de vacunación acelerada (AID tranfiriró US$. 15,000.00 para OPS/OMS para administrar en apoyo a esta actividad).

- Contratación de un asistente administrativo a fin de apoyar la Representación y el PAI en sus aspectos administrativos y la descentralización ágil y oportuna de los fondos.

- Participación en las reuniones del Comité de Coordinación Interagencial para el PAI, asegurando el funcionamiento de los mismos.

6. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma

1. Con relación a la contribución de los recursos humanos formados para el desarrollo de los programas, se puntualizó que existe sobrecarga de capacitaciones llegando en ocasiones hasta traslaparse en tiempo y contenidos, las mismas son planificadas desde arriba hacia abajo y se descuidan núcleos importantes como el personal comunitario; de igual forma el recurso hospitalario ha participado poco en estas actividades.

   En cuanto a capacitaciones fuera del país se consideró conveniente dar oportunidad a representantes de diversas disciplinas y niveles tomando en cuenta que los contenidos estén relacionados con el quehacer de los funcionarios de manera que puedan ponerse en práctica los conocimientos, en este punto se reflexionó que muchas veces la dificultad también estriba en que no se cuenta con los recursos materiales necesarios y el apoyo para implementar cambios.

Es necesario apoyar la adecuación y ejecución del Plan de Educación Permanente así como revisar la formación del recurso en las escuelas, para que responda a la realidad del país.

En general los recursos humanos capacitados han contribuído al desarrollo de los programas, sin embargo no existe un plan nacional de capacitación que integre todas las actividades, las cuales deben ser normadas por la División de Recursos Humanos y con participación de las otras unidades revirtiendo el proceso para determinar necesidades partiendo del nivel local. La contribución de esta dependencia debería hacer énfasis en la supervisión y evaluación de todo el proceso.

En relación a la magnitud y uso de movilización de los recursos, se consideró que:

A pesar de ser el grupo Materno-infantil el que presenta indicadores más negativos, existen otros grupos necesitados de apoyo. También se aseveró que aún dentro del grupo Materno-infantil hay dispersión de los recursos porque no existe una línea orientadora que aglutine y armonice los mismos, por ejemplo lo que compete a salud escolar y a la planificación familiar los cuales son manejados en unidades separadas del Departamento Materno-infantil.

Se puntualizó la urgencia de estructurar un plan general integrado para armonizar toda la ayuda externa que incluya Materno-infantil y otros grupos, así mismo determinar la mecánica para integrar y operativizar tanto las necesidades del país como la cooperación (de OPS y otras agencias).

Con relación a los procesos de cambio que se han desencadenado en mejoría de una situación concreta, se consideró que:

Aunque muchos logros no pueden cuantificarse, porque se refieren a metas de impacto es innegable que los avances en la situación de salud también están influenciados por la cooperación recibida de agencias internacionales, entre ellas OPS. Sin embargo, existen acciones puntuales que pueden ejemplificar esta consideración como ocurre en inmunizaciones.

En cuanto a contribución al cambio se han dado actividades que influyen en la mejoría de salud como lo referente a la revisión y difusión de las normas de atención, el apoyo al sistema de información y la implementación de la metodología de canalización, entre otras:

- En cuanto a la consultoría, ésta debiera también extenderse a otros campos y otras instituciones del sector, siendo el país quién decida claramente los aspectos en que necesita apoyo.

- El éxito de una consultoría depende de las condiciones propias del asesor y de la contraparte nacional.

  En este sentido también el grupo se pronunció a favor de que en la Subregión debe fortalecerse el intercambio técnico o utilizar expertos nacionales. Esta modalidad tiene la virtud de que estas personas conocen mejor su propio ambiente.

  El país también debiera evaluar el desempeño de los asesores, solicitud que se extiende a las agencias de apoyo, esta actividad que daría mejores frutos al realizarse en conjunto.

  En el campo Materno-infantil se han producido diversos estudios, algunos ampliamente difundidos en todos los niveles como sucedió con la referente a Conocimientos, Actitudes y Prácticas o la ENSMI/87 (Encuesta Nacional de Materno-infantil) que fue revisada por técnicos de cada Area de Salud.

Algunos otros estudios no han contado con la participación directa del personal de salud, mismo que únicamente informado de la actividad cuando se le presenta el informe final.

En síntesis existe gran cantidad de investigaciones en Materno-infantil, sin embargo el problema estriba en la interpretación, análisis y difusión de la información. Por lo anterior, es necesario crear mecanismos para que los estudios respondan a las prioridades y necesidades del país, así como para transferir la tecnología a los nacionales.

Para superar fallas de la oportunidad de la administración la cooperación debe definirse con claridad, programarse en un tiempo prudencial que permita garantizar de alguna forma su oportunidad y pertinencia. En cuanto a consultoría debe establecerse también el papel de cada asesor y su radio de acción, con términos de referencia precisos.

Los insumos proporcionados por OPS han sido manejados por mecanismos ágiles que permiten a los mismos llegar de manera más ágil a los usuarios, especialmente lo que se refiere a viáticos. Sin embargo,el país debe establecer normas de supervisión que garanticen su buena utilización durante y posteriormente al período de cooperación.

Existen limitaciones y restricciones de orden político las cuales se traducen en poca claridad de las acciones; por otra parte los donantes muchas veces condicionan el financiamiento, actitud que se ve favorecida con la poca claridad existente respecto a las necesidades de cooperación.

Existe poca difusión de los acuerdos, resoluciones y convenios efectuados a alto nivel y que determinan en gran medida la magnitud y dirección del apoyo interagencial. Por otra parte, en cuanto a Materno-infantil la desintegración de las acciones no permite visualizar una cooperación más amplia y apegada a las necesidades nacionales.

Se considera que la cooperación es pertinente y que en general se ha fortalecido la mayoría de campos en Materno-infantil, sin embargo, aún persisten aspectos o subgrupos que deben fortalecer tanto a través de la asesoría externa como del presupuesto nacional.

En tal sentido la asistencia de OPS debe readecuarse de acuerdo a la dinámica del país orientándose más racionalmente y con integralidad.

7. Recomendaciones.

- Para el futuro debe tenerse en cuenta de que manera se va a manejar la cooperación con relación a la reestructuración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Se espera que de alguna forma los sectores marginados y la propia comunidad participen de una manera más efectiva en la detección de necesidades y en la direccionalidad que debe dársele al proceso de satisfacción de las mismas.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
SALUD DEL ESCOLAR, ADOLESCENTE Y ADULTO
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante el día 24 de julio de 1989.

Guatemala, julio - agosto de 1,989.

Salud del escolar, adulto, adolescente y anciano.

Participantes:

Dr. Juan José Arroyo	DGSS
Dr. Daniel Eduardo Cardona	DGSS
Lic. José Luis Escobar	DGSS
Dr. Alfredo Fernández	DGSS
Licda. Mara de Galindo	INCAP
Dr. Eduardo Guerrero	OPS/OMS
Dr. Romero Lucas Medina	DGSS
Dr. Sergio Molina Segura	DGSS
Srita. Antonieta Quintanilla	DGSS
Lcda. Mirna Alcira Reyes de García	MSPAS
Licda. Dina Valle Pineda	DGSS

Moderador: Dr. Arturo Valdez

Relator Dr. Ricardo Lopez

Consultor: Jaime Gamarra

Este informe fué elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideración de la Reunión de Evaluación Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS PARA EL AREA DE SALUD DEL ESCOLAR, ADOLESCENTE, ADULTO Y DEL ANCIANO.

1986 - 1989

1. Propósito.

1.1 Evaluar la cooperación técnica recibida por el país en el área de salud del escolar, adolescente, adulto y del anciano, proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar líneas de acción para la cooperación técnica a recibir en el futuro.

2. Problema.

Los servicios de salud han carecido de definiciones claras entre la medicina preventiva y curativa. Las acciones de Gobierno se han orientado básicamente a la atención de los efectos sin atacar las causas que originan los problemas de salud. La poca atención a la medicina preventiva ha dado como resultado que se incremente la incidencia de casos que requieren hospitalización, servicios que cada vez son más limitados en cobertura y calidad, sin que mejore el nivel general de salud. Se tiene una concentración de los servicios en las áreas urbanas en detrimentos de las rurales. De todos los médicos del país 45% radican en la ciudad capital; el personal de salud en general 68% trabaja en hospitales; 25% en centros de salud y el 7% en clínicas y puestos de salud.

Las primeras causas de morbilidad por notificación obligatoria en 1987 confirma que la patología dominante corresponde básicamente a las mismas causas de mortalidad: infecciones respiratorias agudas, diarreas, desnutrición, Tuberculosis respiratoria, infecciones gonocóccicas, hepatitis infecciosa, varicela, tuberculosis de otros órganos y la no especificada y sífilis. En relación al Dengue, fueron reportados 2,315 casos.

En 1986 las diez principales causas de morbilidad según la demanda a los servicios del Ministerio de Salud para el país fueron los siguientes: Infección respiratoria aguda; para-

sitismo intestinal; síndrome diarréico; deficiencia nutricional; enfermedades de la piel; bronconeumonía; enfermedad péptica; infección urinaria; anemia y amibiasis, éstas causas constituyen aproximadamente el 47% del total de la demanda y hemos encontrado como "resto de causas" el 52.64% de la demanda a los servicios como causa de enfermedad.

En 1986 la demanda de consulta externa de los servicios del IGSS establecieron los siguientes diez principales grupos de enfermedad que a su vez constituyeron las causas de morbilidad: enfermedades del aparato respiratorio con el 32.1%, enfermedades infecciosas y parasitarias con el 23.0%, enfermedades del aparato digestivo con el 11.2% y a continuación, con frecuencias proporcionales descendentes del orden del 9.6% hasta el 1.7% los siguientes grupos: enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo; del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo; del aparato genitourinario; de las glándulas endócrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad; enfermedades del aparato circulatorio; enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.

Causas de mortalidad (diez primeras)	Tasa por 10,000 habitantes.
- Diarreas	14.41
- Infecciones respiratorias agudas	11.22
- Desnutrición	5.22
- Trastornos liquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido básico	2.33
- Infarto agudo del miocardio	1.63
- Accidente causado por instrumentos cortantes o punto-cortantes	1.57
- Enfermedad cerebro-vascular aguda mal definida	1.05
- Disritmia cardiaca	1.04
- Tuberculosis pulmonar	1.01
- Lucha, altercado o violación	0.94

3. Revisión y análisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relación con el área de salud del escolar, adolescente, adulto y del anciano.

3.1 Política de salud y saneamiento ambiental del Plan del Gobierno Demócrata Cristiano.

Medicina Preventiva para todos:

- Programas intensivos de investigación y reforzamiento de la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias.
- Atención y educación primaria de medicina preventiva.
- Reforzamiento de los programas de planificación familiar y bienestar social.

Medicina curativa para todos:

- Ampliación y fortalecimiento de la red hospitalaria por departamento.
- Construcción de centros de salud en todos los municipios de la República.
- Instalación de puestos de salud en todas las aldeas de la República.

3.2 Memorándum Presidencial II (1987-1989).

3.3 Programa de Reorganización Nacional 1987-1988.

El proyecto social tiene dos dimensiones: La primera es la generación de servicios de carácter social, que mejorando las condiciones de vida de los grupos poblacionales que cubren sus necesidades básicas, reduzcan las desigualdades entre los grupos sociales; y, la segunda, es la apertura de canales de comunicación y participación de todos los sectores, para crear un clima de diálogo social y de concertación, en el cual todos los interlocutores tengan oportunidad de promover sus respectivos intereses y opiniones, superando

las limitaciones de la democracia representativa para encaminarnos a una democracia participativa.

Como áreas de trabajo a las que se prestaría atención prioritaria se propone:

Ampliación y mejoramiento de la red de servicios básicos, para superar las condiciones de los grupos de extrema pobreza; el mejoramiento de las condiciones de los grupos asalariados a través de la concertación de mejoras y de la ampliación de los servicios de previsión y de Seguridad Social; el diseño e implementación de una nueva política laboral en el sector público; la promoción de la organización de las comunidades; la capacitación social y laboral y la orientación de las políticas de empleo hacia la multiplicación de empresarios.

3.4 Plan de Salud (1987 - 1991).

3.4.1 Comprende acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, tendientes a disminuir la exposición de la población a riesgos determinados por factores ambientales, así como para disminuir la magnitud de los problemas de salud que no son inducidos por el medio.

Actividades:

Estudio de las necesidades y demandas de salud de la población, mediante; A) actualización de los diagnósticos de salud específicos en las areas geográficas del país; B) análisis de los factores que dificultan el acceso de la población a los servicios de salud y los fenómenos socioculturales que impiden la utilización de los mismos; C) adecuación de la oferta de servicios de salud a las necesidades reales de la población adoptando estrategias para producir un aumento de cobertura.

Estudio de la productividad y rendimiento de los servicios y normas de atención, de los hospitales, centros y puestos de salud, procediendo a su evaluación.

Determinación de mecanismos de coordinación intra y extrasectoriales, para compatibilizar las actividades complementarias que ejecutan otras agencias del sector y otros sectores.

Determinación de las medidas preventivas para las enfermedades que no son producidas o inducidas por el medio, estableciendo mecanismos para incluir el componente promocional en el tratamiento de las enfermedades de origen metabólico, cardiovascular, etc. dándo énfasis a las acciones de salud mental, lucha contra el alcoholismo y la fármaco dependencias y prevención de enfermedades cardiovasculares.

Fomento de las acciones preventivo-curativas de salud oral, a través de la ampliación del uso de floruros en las técnicas de prevención, extensión de la cobertura de éstos programas y la coordinación de los mismos con otros. Se tendrá que orientar y capacitar el personal profesional y auxiliar mediante adiestramiento en tecnologías apropiadas y sencillas para la extensión de cobertura a los sectores más vulnerables de la población.

Enfermedades cadiovasculares. Se deberá efectuar: A) análisis de incidencia y prevalencia; B) identificación de factores etiopatogenéticos que sirvan de base para aplicar medidas de control; C) organización de programas educativos para combatir hábitos perniciosos; D) estudios experimentales para investigar la factibilidad de integrar programas de control en los servicios generales de salud; E) investigación operacional sobre programas de control para desarrollar enfoques y tecnologías más elementales; F) elaboración de normas adecuadas a cada nivel de atención; G) apoyo a servicios o centros especializados para que actúen como instituciones de referencia, consulta, y participen en el adiestramiento y formación de personal; H) coordinación entre servicios de distintos niveles.

3.4.2 Cáncer. Se desarrollará: A) promoción para el control del tabaco y protección contra el uso de sustancias carcinógenas en alimentos, medicamentos o bebidas; B) estudios de incidencia y prevalencia; C) Promoción de registros hospitalarios de cáncer, y de acuerdo a la factibilidad, registro poblacionales; D) investigación epidemiológica de factores de riesgos y patología geográfica; E) incorporación de programas de control de cáncer en los servicios de salud, con especial orientación al diagnóstico y tratamiento del cáncer vérvico-uterino, mama, estómago, piel y próstata; F) organización de programas educativos con la participación activa de la comunidad, para combatir

hábitos perniciosos; G) preparación de manuales técnicos para la operación de los programas, en los distintos niveles de atención; H) mantenimiento de vigilancia en la exposición a carcinógenos ambientales conocidos; I) reforzamiento de los servicios oncológicos, para asegurar la calidad de las actividades de detención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los mecanismos de coordinación, con los niveles menos especializados.

Enfermedades respiratorias crónicas. Se realizaron: A) programas de prevención; B) procedimientos simplificados de diagnóstico y tratamiento; C) preparación de materiales para adiestramiento de personal de los niveles primarios de atención.

3.4.3 Salud mental:

Las acciones en el campo de la Salud Mental son las siguientes:

Deberá hacerse el ordenamiento de su estructura orgánica y administrativa definiendo niveles de atención, cobertura, ejecución y dirección.

Mejorar la capacidad y calidad de atención, haciendo una adecuada clasificación de pacientes, ubicándolos en áreas físicas acordes a sus características y políticas de servicio.

Ampliar la cobertura en atención de Emergencia y Consulta Externa a través de la asistencia hospitalaria nacional, descentralizando los servicios de seguimiento y de atención inmediata.

Se implementará el llamado "Hospitales de Día" con técnicas terapéuticas y ocupacionales modernas con atención y apoyo familiar.

Se mantendrá una coordinación inter-institucional de los sectores involucrados en Salud Mental, para unificar acciones, políticas y criterios terapéuticos vigentes y actualizados, brindándose un apoyo mutuo en el compromiso de hacer salud.

Deberán definirse las políticas de desarrollo, educación, adiestramiento, atención y detección diagnóstica en Salud Mental.

Progresivamente se hará el Diagnóstico Nacional de Salud Mental y su recopilación programática de

estadísticas e indicadores para la implementación de nuevas conductas, para la atención de la Salud Mental.

3.4.4 Ancianos:

Este componente contempla el análisis de los problemas de salud de este grupo poblacional y el establecimiento de métodos de asistencia integrada en los servicios sociales y de salud, con el fin de asegurar la continuidad y la calidad de la atención, destacando la participación de la familia, de la comunidad y de organizaciones destinadas a este tipo de acciones.

Actividades:

1. Evaluación de la situación y adopción de políticas para atender la población de edad avanzada, desarrollando estudios demográficos y apidemiológicos que a nivel nacional definan la magnitud de los problemas actuales y permitan establecer sus proyecciones, determinando además las características de este grupo poblacional.

2. Desarrollo de la atención integral de ancianos en los servicios generales de salud, definiéndose actividades por niveles, para su cuidado, desarrollando enfoques y técnicas de programación para incorporar las necesidades de éste grupo poblacional, en programas de desarrollo rural y urbano. se incorporarán epidemiólogos al estudio de los problemas de atención del anciano.

3. Desarrollo de recursos humanos, adiestrando personal regular de los servicios de salud en problemas del anciano, según niveles de atención, e incorporando el enfoque de la atención primaria en la formación de especialistas en Gerontología y Geriatría.

3.4.5 Minusválidos:

Este componente está orientado a la prevención de factores condicionantes de invalidez y a prestación de asistencia integral a los minusválidos, para que puedan llevar una vida confortable productiva, previniendo además la agudización de la incapacidad.

Actividades:

Establecimiento de programas de protección y asistencia integrada a inválidos, y prevención de las causas que la originan debiéndose: A) desarrollar sistemas de registro y clasificación de incapacidad; B) promover y fortalecer programas de prevención de la invalidez; C) fortalecer y promover programas de investigación de trastornos auditivos y visuales en los niños en edad escolar.

Desarrollo de tecnologías para atención de inválidos, que sean sencillas y que permitan su rehabilitación, y que se puedan utilizar a nivel de la familia y de la comunidad.

Fomento de la participación del individuo y la comunidad en la prevención y cuidado de las incapacidades a través de material didáctico e informativo que promuevan la autosuficiencia y el cuidado del inválido por la familia, y el establecimiento de programas conjuntos institucionales y de la comunidad para su adecuada atención.

Desarrollo de recursos humanos y de investigación apoyando y fortaleciendo programas de formación de especialistas y personal técnico en rehabilitación, preparando manuales para adiestrar personal de salud, incluyendo auxiliares, en materia de atención integrada en el hogar y en la comunidad, a los inválidos, y promoviendo la investigación epidemiológica sobre la ceguera y sus causas.

Condiciones de Salud de las Américas (1986-1988).

4. Discusión general.

Lo que resalta éste grupo es que la mayoría de las actividades no han recibido ningún tipo de cooperación técnica, o es muy escasa; por esta razón se los incluyó en la actual discusión, puesto que, la misma podría hacer evidente las áreas de acción en el corto plazo. Se comprende, que existiendo tan poca cooperación también sea mínima la discusión de la misma, pero para OPS la actividad a desarrollarse tiene especial importancia debido a que abre lineas de acción para el futuro inmediato.

El primer grupo de actividades examinadas correspondió al INCAP y para ello dió información sobre las actividades relacionadas con la refacción escolar, la galleta nutricional, las actividades de alimentación-salud-nutrición en los programas de formación de maestros; vigilancia del estado nutricional; producción de alimentos con elementos de "seguridad alimentaria" de gran importancia para el país.

Otro grupo de actividades importantes en nutrición son las correspondientes a Salud Escolar, el cual se lleva a efecto en colaboración con el programa correspondiente de Salud Pública. Está financiado por AID y tiene once componentes. El Programa de Salud Escolar, se iniciará a partir del primero de junio 1,989, en los departamentos de Izabal, El Progreso, Zacapa, Chiquimula (Región III) y San Marcos (Región VI).

Se presentó por la Coodinación del programa una síntesis del mismo que se incluye a continuación:

"Tomando como base que la salud es un elemento asencial del proceso de enseñanza-aprendizaje y que el niño en edad escolar es un ser susceptible de asimiliar y practicar en forma constante y efectiva los conocimientos, hábitos y actividades que contribuyen a la formación de una conciencia clara respecto a la importancia de conservar la salud propia, de su familia y comunidad, los Ministerios de Educación y de Salud Pública han aunado esfuerzos para poner en marcha el Programa de Salud Escolar, con el propósito de contribuir a mejorar el nivel de salud y por ende mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Uno de los aspectos fundamentales del progrma lo constituye la coordinación formalizada y permanente de las diferentes instituciones de salud y de educación, así como la participación activa de los padres de familia, escuela y comunidad. Para garantizar no sólo el impacto de las acciones sino también su sistematización y permanencia en el ámbito escolar y familiar los ministros de ambos Ministerios han establecido y firmado un convenio en el cuál está explicitado el compromiso para llevar a cabo, en forma conjunta las actividades programadas así como, la incorporación de las mismas en los programas regulares de cada Ministerio.

El programa es de cobertura nacional y se implementará progresivamente en todas las regiones del país y beneficiará a 175,140 alumnos de 1,717 escuelas en el año 1989.

Objetivos:

General:

Contribuir a mejorar el nivel de salud de la población escolar (primero a sexto grado de educación primaria); mediante el desarrollo de acciones coordinadas, de promoción, prevención, detección y atención de su salud.

Específicos:

1. Formar en el escolar, actitudes y prácticas favorables en salud, que le permitan ser un agente de cambio a nivel escolar, familiar y comunitario.

2. Contribuir a reducir la incidencia de enfermedades periodontal y caries dental, en la población escolar a través de acciones preventivas.

3. Contribuir a mejorar las condiciones ambientales de las escuelas oficiales a través de la letrinización, disposición adecuada de basura e introducción de agua segura.

4. Incrementar la cobertura de inmunización con BCG a la población escolar.

5. Incrementar la promoción y el uso de las sales de rehidratación oral por los escolares, tanto a nivel de la escuela, como del hogar.

6. Contribuir a reducir la incidencia y frecuencia de los parásitos gastrointestinales de los escolares.

7. Contribuir a reducir la incidencia y complicaciones por infecciones respiratorias agudas.

8. Contribuir a disminuir la indicencia de accidentes en los escolares dentro de la escuela y el hogar.

9. Atender oportuna y adecuadamente los accidentes que se presenten en la escuela.

10. Detectar, referir y atender los casos de morbilidad de la población escolar por los maestros y/o agentes de salud.

11. Capacitar al personal de Salud y Ministerio de Educación sobre la implementación, control y seguimiento del Programa de Salud Escolar.

12. Desarrollar con los alumnos, los contenidos curriculares de salud propuestos a ser incorporados en

el nuevo curriculum de estudios del nivel de educación primaria.

13. Desarrollar por el nivel nacional y/o local, el material educativo en salud que apoye las actividades programadas.

El grupo de Salud Mental informó sobre sus acciones en las áreas aplicativas. Ha contado con un financiamiento de mediana importancia de OPS a partir de 1985; se refirió a los multiples obstáculos que encuentra en el desarrollo de sus tareas entre ellos, adquiere especial transcendencia la persistencia del carácter "organicista" y "biologista" de las acciones en salud. La presentación de datos numéricos nacionales relativos a Salud Mental provocó la demanda de dicha información por parte del Representante de Informática, quien, aprovechó la oportunidad para solicitar a los presentes el envío de información como la presentada por Salud Mental, a la Unidad de Informática, extendiéndose, a continuación en una explicación sobre el "Plan Nacional de Estadísticas", en marcha.

El grupo de Salud Escolar juzgó necesario advertir que el programa de actividades correspondiente cubre a la población "escolarizada" del país y no a todo el grupo etáreo. Sus campos de acción se han extendido a la Salud Bucal, en colaboración con el departamento correspondiente y la atención al Medio Ambiente, sobre todo agua potable y letrinas en las escuelas.

El grupo considera que deben incorporarse contenidos de salud en las curricula correspondientes al cuarto y quinto grados de primaria, se está trabajando en ello así como en reforzar los Comités Escolares con nociones de salud. Otra acción importante, en este campo, es la producción de material educativo.

Los personeros de OPS iniciaron las discusiones advirtiendo que dadas las circunstancias y las acciones desarrolladas por Organizaciones No Gubernamentales en los campos cubiertos en esta jornada, se invitarán a la reunión de evaluación conjunta.

Fué necesario hacer ver a los presentes que la cooperación técnica de OPS constituye el 80% del apoyo que da al país; la ayuda financiera es relativamente pequeña; aunque debe recordarse que dicha Institución puede constribuir a movilizar recursos nacionales e internacionales. OPS es una institución de cooperación técnica, no una agencia financiera.

6. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma.

Las preguntas contenidas en la Guía de discusión correspondiente, se observa, no puede utilizarse en esta Jornada debido a que fueron enunciadas para ser aplicadas a actividades con respaldo de Cooperación Técnica, lo cual como ya se dijo no es el caso para las que se discuten este día. Las preguntas modificadas, entonces, tendrían que ver con las perspectivas del futuro.

Los funcionarios que se han enviado a estudiar en el exterior en una proporción importante, no han sido utilizados en aquello para lo cual fueron capacitado, ésta situación general también es aplicable a los grupos hoy considerados. Algunos de los presentes se inclinan por una cooperación técnica más orientada a acciones en el campo, la que podría llegar incluso a que el personal local participe en tareas de diagnóstico e identifique elementos para la definición de propuestas de atención preventiva en ese nivel.

Sin restarle importancia a la Maestría en Salud, se consideró necesario capacitar al personal de campo en aspectos puntuales.

Es necesario fijar la atención en la forma de transmisión del conocimiento; las capacitaciones parecen no dejar el impacto deseado; las técnicas de educación o de proceso de cambio no tienen éxito; se recibe la capacitación en forma pasiva; el grupo piensa que la capacitación masiva debería ser substituida por aquella dirigida a pequeños grupos en el área aplicativa. En la situación actual lo que producimos son "cursos" para mejorar el desempeño laboral, pero la limitación está en la administración del servicio; la evaluación mal hecha obliga a la gente a trabajar en aquello en lo que va a ser evaluado. La dirección central, por otra parte, desplaza al funcionario a actividades que no tienen que ver con la capacitación recibida.

El grupo nacional, discutió ampliamente los obstáculos que implica la situación logística acutal: transporte, gasolina, aceite, viáticos, etc., la cual es muy precaria e irregular que imposibilita el seguimiento de las capacitaciones. Esta situación incide negativamente en el desarrollo de las acciones. Se sugirió elevar el problema al más alto nivel del Ministerio, para darle una solución específica.

Existen capacitaciones no programadas y acumulativas, a lo que el grupo responde sugiriendo la programación de la capacitación en forma conjunta, coordinada y según las prioridades de cada programa. Estas propuestas de capacitación deberán integrarse en tal forma que permitan a OPS reprogra-

marse de acuerdo a las mismas y propiciar acuerdo entre Agencias para coordinar con las mismas atendiendo a la eficiencia y al impacto.

El grupo nacional, expresa la conveniencia de definir sus políticas y programación por quinquenio, para neutralizar los cambios debidos a los nombramientos de nuevas autoridades. Tanto el grupo nacional como OPS se expresan fuertemente en favor de basarse en la programación local, en el diagnóstico situacional y en evitar las imposiciones al nivel local.

Para concluir con el tema, se discutió como hacer para que el escolar sirva de apoyo a las prioridades nacionales. Se considera pertinente analizar la posibilidad de fijar prioridades "de acción", que surgen del trabajo mismo para que los programas contribuyan a la solución de los problemas de salud.

En los programas de atención al adulto, deben incorporarse, entre otros, las acciones relativas a: control de alimentos; orientación al consumidor; enfermedades ocupacionales; prevención del ruido; salud de la madre trabajadora y del niño trabajador.

El grupo considera que la investigación debe ser la base de todo programa y continuar paralela al mismo en el desarrollo programatico. La presión por tareas inmediatas, puede obtaculizar la investigación operativa. La cooperación técnica, debería ir encaminada hacia aquello en lo cual se está trabajando y bajarse en la programación local.

Existe necesidad de investigación, para definir los grupos etáreos, morbilidad y mortalidad, por localidades.

Existe escaces de recursos para investigación; se sugiere aprovechar a los estudiantes universitarios de último año para que hagan tesis sobre estos aspectos.

Salud Mental indica las dificultades existentes para investigar drogadicción. La Universidad, es a veces, demasiado académica en sus investigaciones, de hecho hay un buen número de estudios y monografías de este tipo realizadas por EPS de muy poca utilización. Sin embargo, el problema en parte puede estar en la falta de difusión de los resultados de la investigación. En todo caso el grupo nacional, se manifiesta con decisión en el sentido que la investigación, entre nosotros, debe ser útil para algo, no per-se. Como ejemplo, se habla del estudio de accidentes y morbilidad, que permitirá elaborar contenidos educativos específicos que los prevengan.

La producción de conocimientos es un proceso, parte inherente de los programas. No se puede separar la investigación de la práctica.

El tema de administración recordó inmediatamente al grupo, el problema de adquisición del Flúor. El grupo de Salud Bucal, manifiesta que la falta de presupuestos del departamento correspondiente. lo hace, de hecho, prácticamente inexistente. Lo poco trabajado ha sido producto de coordinación con otros departamentos y últimamente con el aporte de OPS. Hay atraso en las gestiones para comprar el Flúor, atribuible, en parte, a la forma de gestión puesta en práctica últimamente lo que impide el fácil trámite para la exigencia en la obtención de facturas pro-forma.

OPS informa que, por disposición del Director General, sólo se tramita según el APB; ésto hace que actividades que no fueron programadas sólo puedan ser atendidas, cuando hay recursos no utilizados, merced a la posibilidad de efectuar lo que en la administración de esta Agencia se llama: "cambio de items".

Los paises no deben ser dependientes en su totalidad de las agencias financieras; cada país debe tener, una cierta capacidad operativa. Se debe gestionar, ante finanzas, el presupuesto indispensable.

El presupuesto de Salud en finanzas, debe ser fortalecido.

El grupo nacional resaltó el hecho que aunque nuestra atención se fije en cualquiera de los grupos examinados, nuestras acciones deben ser encaminadas en la totalidad del pais. Debemos evitar que nuestro trabajo produzca grupos élites o "feudos" apoyados por las agencias.

Finalmente se expresa que los grupos de descapacitados, ancianos, jóvenes, mujeres trabajadoras, a pesar de ser el objetivo por mandatos contenidos en los Artículos de la Constitución Política de la República, ha sido descuidados por las autoridades y no han recibido tampoco Cooperación Técnica Internacional.

5. Revisión de la cooperación técnica con la información de proyectos, actividades del período 1986-1989.

En el campo de la salud del adolescente y adulto ha sido muy poca la cooperación de OPS/OMS, debido principalmente a que dentro de las actividades prioritarias del Ministerio de

Salud Pública y Asistencia Social no estuvieron dirigidos a este grupo o área en el período de la evaluación como se verá en los siguientes ruoros:

a) El INCAP colaboró con el análisis, mejoría e investigación en lo relativo a la refacción escolar, produciendo la galleta nutricional que junto con otros alimentos es destribuïda en las escuelas públicas del país; también en lo relacionado con la vigilancia nutricional en los escolares.

b) En actividades de salud mental se cooperó y participó en el financiamiento de seminarios y cursos realizados en las jefaturas de área y hospitales de varios departamentos del país, donde se incluyeron actividades tendientes al mejoramiento de la salud mental de funcionarios y pacientes.

c) En relación con salud bucal se colaboró y participó en la realización de encuentas epidemiológicas en caries dentral e higiene oral en escolares del sector oficial, asÍi como en la capacitación de auxiliares que laboran con dentistas en los centros de salud y hospitales del país.

En lo relativo a capacitación de recursos humanos del área mencionada se financió y participó activamente en seminarios y cursos de nivel internacional, nacional y departamental.

En investigación en estos grupos no se tuvo financiamiento, sin embargo permanentemente se motivó a funcionarios nacionales para realizar actividades en este campo.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante los días 20 y 21 de julio de 1,989.

Guatemala, julio - agosto de 1,989.

Desarrollo de Servicios de Salud

Participantes:

Dr. Herwin Alarcòn	MSPAS
Dr. Juan Josè Arroyo	DGSS
Licda. Ana de Jesus Avendaño Pineda	ESC. NAC. ENFERMERIA
Sra. Laura Estela Càrcamo	DGSS
Dr. Marco Aurelio Catalàn	DGSS
Dr. Jaime Gamarra	OPS/OMS
Lic. Josè Maria Marìn	OPS/OMS
Lic. Armando Melgar	OPS/OMS
Dr. Josè Adan Montes	INCAP
Lcda. Guisela Pimentel	OPS/OMS
Lic. Omer Robles	OPS/OMS
Lcda. Rosa Rodriguez de Flores	ASOC. DE ENFERMERAS
Lcda. Rosa Maria Solis	MSPAS
Dr. Eduardo Tejada de la Vega	DGSS

Moderador: Dr. Arturo Valdez

Relator: Lcda. Silma Castillo de Mendez

Consultor: Dr. Francisco Zambroni

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS PARA EL AREA DE SERVICIOS DE SALUD

1986 - 1989

1. Propósito.

1.1. Evaluar la cooperación técnica recibida por el país en el área de Servicios de Salud, proporcionada por la Organización Panamerciana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar líneas de acción para la colaboración técnica a recibir en el futuro.

2. Problema.

Los servicios de salud han carecido de definiciones claras entre la medicina preventiva y curativa. Las acciones de Gobierno se han orientado básicamente a la atención de los efectos sin atacar las causas que originan los problemas de salud. La poca atención a la medicina preventiva ha dado como resultado que se incremente la incidencia de casos que requieren hospitalización, servicios que cada vez son más limitados en cobertura y calidad, sin que mejore el nivel general de salud. Se tiene una concentración de los servicios en las áreas urbanas en detrimentos de las rurales. De todos los médicos del país 45% radican en la ciudad capital; del personal de salud en general 68% trabaja en hospitales; 25% en centros de salud; y 7% en clínicas y puestos de salud*.

El mosaico institucional del sector, no ha experimentado cambios estructurales en los últimos años, está compuesto por:

a. Ministerio de Salud Pública, responsable por el estado de salud de toda la nación y cabeza del sector abarcando las Escuelas de Enfermería y los centros formadores de técnicos del Ministerio, las comadronas tradicionales, promotores de salud, comités de líderes comunitarios y otros grupos de personal voluntario.

---

* Fuente: Memorandum Presidencial.

b. Instituto de Seguridad Social que presta atención médica a los trabajadores afiliados y sus familiares dependientes.

c. Las Municipalidades, son responsables por el suministro de agua urbana. En el área rural el responsable es el Ministerio de Salud Pública; la anterior situación es igual para desechos sólidos y disposición de excretas.

d. La Sanidad Militar.

e. La Universidad de San Carlos y sus Facultades de Medicina, Odontología y Farmacia; Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria (ERIS).

f. El sector privado, está compuesto por:

Entidades no lucrativas como la Cruz Roja, la Liga Nacional contra la Tuberculosis, la Liga Nacional Contra el Cáncer, el Patronato Antialcohólico, la Liga de Salud Mental y organizaciones religiosas que cubren más o menos el 2% de la población.

Entidades lucrativas como hospitales, casas de salud, clínicas y consultorios particulares.

Las Escuelas de Medicina y Odontología de las Universidades Privadas.

De los 59 hospitales privados unos dos tercios están ubicados en la ciudad de Guatemala.

Existen 479 organizaciones no gubernamentales que ejecutan acciones de salud (1988).

En el desarrollo de la infraestructura se observan tendencias muy positivas en la aplicación de algunas políticas importantes, entre las que cabe destacar la descentralización/desconcentración del Ministerio de Salud Pública, el ajuste de su estructura organizacional a requerimientos de carácter gerencial y a requerimientos de regionalización; la promoción de los sistemas locales de salud y el fortalecimiento de la capacidad gerencial.

El Instituto de Seguridad Social ha adoptado la misma tendencia a través de la incorporación de acciones de fomento y prevención, la extensión de cobertura a nuevos grupos de trabajadores, con enfoque de atención primaria y con disposición para acordar una racional división del trabajo local con el Ministerio de Salud.

En 1987, se creó el sistema de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, formando por un consejo nacional y por

consejos regionales, departamentales, municipales y locales, el cual facilita la participación social y sectorial en los proyectos locales de desarrollo económico y social.

En cuanto a la producción de servicios, en 1987, el total de consultas otorgadas por los Centros y Puestos de Salud fué de 2,559,050, de las cuales el 61.4% correspondieron a primeras consultas. Esto equivale a 16 consultas por 100 habitantes. El total de primeras consultas se produjo por los tres programas en que está organizada la atención directa de pacientes, en la proporción que se indica. Programa Pediátrico 50%; Programa Materno 12%; Programa General 38%. El médico proporciona la mitad de las primeras consultas. La enfermera, alrededor del 8% y la Auxiliar de Enfermería, un promedio del 42%, lo cual refleja la disponibilidad de estas categorías de personal en la atención ambulatoria.

En 1988, los hospitales produjeron 730,103 consultas programadas y 478,096 consultas de emergencia.

En cuanto a los egresos, se produjeron 219,576 en 1985; 224,260 en 1986 y 219,743 en 1987. El 22% de los egresos correspondeió a Medicina General, el 16.93% a Cirugía, el 17.70% a Pediatría el 38.60% a Gineco-obstetricia, el 4.77 restante a crónicos y otros.

En los hospitales se observó un 55% de ocupación, un promedio de estadía de 6 días y un giro de 35.8 pacientes por cama. El costo promedio por cama ocupada fue de Q.36.74.

La red de servicios está constituida por 785 puestos de salud, 188 centros de salud tipo B, 32 centros de salud tipo A y un total de 35 hospitales de distrito, de área, regionales y nacionales. Estos servicios están organizados en 24 áreas de salud y éstas en 8 regiones. En el enfoque progresivo de SILOS, el territorio-población de un sistema local ha coincidido hasta ahora con el área de salud.

En sus 35 hospitales, el Ministerio de Salud Pública, tiene 8,035 camas, el 42% de las cuales están ubicadas en el Departamento de Guatemala. Además existen 300 camas en los centros "A". En 1986, el Insituto de Seguridad Social, contó con 2,332 camas en 75 establecimientos entre hospitales, consultorios, puestos de primeros auxilios y servicios contratados. Las Fuerzas Armadas, tienen 500 camas y el sector privado que se ha expandido en los últimos años, reúne unas 2,500 camas.

En el período 1985-1988, la asignación presupuestaria al Ministerio de Salud Pública alcanzó las siguientes cifras en millones de quetzales, con indicación del monto destinado a inversión entre paréntesis: 1985: 96.7 (16.1); 1986:

131.9 (20.1); 1987: 221.9 (66.9); 1988: 290.7 (83.7). A todo el sector salud y asistencia social le correspone un 10% de los recursos presupuestarios anuales.

Estructura interna del gasto en el sector no ha variado; al Ministerio le correspondió el 56%, a la Seguridad Social el 33% y el resto a otras instituciones públicas o privadas. La asignación presupuestaria de Ministerio significó una capacidad de gasto per cápita anual de Q.5.81 (1975); Q.15.72 (1980); Q.11.61 (1985) y Q.30.05 (1988).

El Ministerio ha tratado de organizar un sistema único de información con el apoyo de la capacitación del personal responsable de la captación y procesamiento de la estadística vital y de salud, sin embargo, subsisten áreas en donde todavía es significativo el subregistro de nacimientos y la falta de inadecuación de la certificación médica de las defunciones.

Desde mediados de 1987, se puso en marcha la recolección y procesamiento de datos sobre producción, rendimiento y costo en los hospitales, siendo el próximo paso la incorporación de los centros y puestos de salud. El desarrollo de la capacidad gerencial en los niveles central, regional y de área, incluirá la capacitación para el análisis de datos y su óptima utilización.

Las políticas y los planes nacionales de desarrollo económico y social proporcionan un marco y una direccionalidad general a la administración pública y a las actividades del sector productivo, pero el proceso de planificación en el Ministerio de Salud Pública, no ha alcanzado todavía la efectividad para facilitar la aplicación de dichas políticas.

Las actividades nacionales que están vinculadas a proyectos de cooperación técnica constituyen las oportunidades más sobresalientes para la investigación operativa de problemas prioritarios de salud, las cuales son complementadas con acciones de desarrollo del recurso humano. Existen políticas de investigación en salud, cuya aplicación depende de la Unidad de Investigación del Ministerio conjuntamente con los centros de investigación de las universidades. Sin embargo, estas actividades tienen recursos muy limitados que restringen su amplitud y la capacidad para difundir sus resultados.

3. Revisión y análisis de las políticas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relación con el área de agua y saneamiento.

3.1 Política de salud y saneamiento ambiental del Plan del Gobierno Demócrata Cristiano.

Medicina preventiva para todos:

- Programas intensivos de investigación y reforzamiento de la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias.
- Programas intensivos de vacunación en todos los poblados del interior de la República.
- Atención y educación primaria de medicina preventiva.
- Campañas nacionales de divulgación de medicina preventiva.
- Reforzamiento de los programas de planificación familiar y bienstar social.

Medicina curativa para todos:

- Ampliación y fotalecimiento de la red hospitalaria por departamentos.
- Construcción de centros de salud en todos los municipios de la República.
- Instalación de puestos de salud en todas las aldeas de la República.
- Implementación de las farmacias estatales en la República que fomenten el abastecimiento de las medicinas.
- Preferencia cambiaria a la importación de medicinas e insumos necesarios para su producción.
- Descentralizar y fomentar la creación de las carreras de medicina, enfermería y biología en las cabeceras departamentales de la República, incentivando para ello a la Universidad de San Carlos y universidades privadas.
- Estímulo para la creación de empresas rurales de plantas medicinales y divulgación de programas curativos naturales o medicina homeopática.

3.2 Programa de Reorganización Nacional.

El proyecto social tiene dos dimensiones: la primera es la generación de servicios de carácter social, que mejorando las condiciones de vida de los grupos poblacionales que sufren sus necesidades básicas, reduzcan las desigualdades entre los grupos sociales; y, la segunda, es la apertura de canales de comunicación y participación de todos los sectores, para crear un clima de diálogo social y de concertación, en el cual todos los interlocutores tengan oportunidad de promover sus respectivos intereses y opiniones, superando las limitaciones de la democracia representativa para encaminarnos a una democracia participativa.

Como áreas de trabajo a las que se prestaría atención prioritaria se propuso:

Ampliación y mejoramiento de la red de servicios básicos, para superar las condiciones de los grupos de extrama pobreza.

El mejoramiento de las condiciones de los grupos asalariados a través de la concertación de mejoras y de la ampliación de los servicios de previsión y de Seguridad Social.

El diseño e implementación de una nueva política laboral en el sector público.

La promoción de la organización de las comunidades.

La capacitación social y laboral.

La orientación de las políticas de empleo hacia la multiplicación de empresarios.

3.3 Plan de Salud (1987-1991).

Conforme los lineamientos de políticas y las estrategias nacionales tendientes a desarrollar el sistema de servicios de salud es de interés especial señalar los siguientes aspectos:

- Es necesario fotalecer y desarrollar esquemas paralelos entre los programas dirigidos directamente a la atención de la población y aquellos sub-sistemas de apoyo que actúan en

accionar la dinámica de los mismos. En tal sentido no escapa que cobra prioridad el mejoramiento de la capacidad operativa de los servicios mediante el desarrollo de procesos efectivos de gestión y optimización de recursos del sector en todos los niveles.

- Intensificar las acciones para el Desarrollo Institucional fortaleciendo la organización y coordinación inter-institucional, establecer la regionalización de los servicios con énfasis en la descentralización administrativa, mejorar sustancialmente el funcionamiento de los sistemas de apoyo administrativo (personal, presupuesto, suministros), fortalecer los sistemas de planificación, programación, supervisión, monitoría y evaluación.

- Implantación de un proceso de investigación/acción para mejorar la producción y productividad de los servicios.

- Desarrollo del modelo operativo de la atención primaria, cuyo propósito es instrumentar y desarrollar la estrategia de la atención primaria a efecto de optimizar la prestación de servicios integrados de salud a la comunidad.

- Educación para la salud, participación comunitaria, cuyo propósito es desarrollar actitudes y comportamientos positivos referentes a la participación activa de la comunidad, promoviendo nuevos enfoques para mejorar su participación en la satisfacción de sus necesidades en salud.

- Desarrollo científico y tecnológico, cuyo propósito es coordinar y fortalecer la investigación científico y tecnológico, con el propósito de coordinar y fortalecer la investigación institucional dirigida a la búsqueda de soluciones a la problemática prioritaria de salud del país.

- El ámbito de acciones planteadas indica que cada uno de los programas específicos debe desarrollarse compatibilizando un proceso y dinámica dentro de un marco de coherencia global que permita su factibilidad y viabilidad a efecto de cumplir gradualmente con el aumento de cobertura y satisfacer las demandas de la población fundamentalmente aquellas prioritarias.

- El aprovechamiento de la cooperación externa debe compatibilizarse para que sis dimensiones y ever-gadura de aprovechamiento sean las máximas y a tal efecto debe stablecerse un modelo efectivo de contraparte nacional tanto en recursos humanos como materiales, asimismo es necesario y urgente desarrollar y tecnificar el recurso técnico del sistema en la formulación y administración de los proyectos.

Esta área contempla acciones destinadas al desa-rrollo y fortalecimiento del sistema nacional de Salud con el propósito de maximizar su eficiencia y eguidad, asegurando el acceso de toda la pobla-ción a servicios eficaces y organizados según niveles de complejidad. Sus componentes son: la extensión de los servicios, el fortalecimiento de la capacidad instalada y de la investigación y tecnología.

Extensión de cobertura de servicios de salud.

Está orientada a mejorar la disponibilidad de los servicios de toda la población, con igualdad de acceso y conforme al grado de necesidad todos los niveles de atención se desarrollarán para prestar atención efectiva a la población y asegurar a través de sistemas de referencia eficientes, la satisfacción de las necesidades de salud de todos los guatemaltecos.

Se deberá aumentar la capacidad operativa mediante el fortalecimiento de los procesos de planifica-ción, programación, disponibilidad de equipos e insumos, así como fomentar y desarrollar la red asistencial, Hospitales, Centros y Puestos de Salud.

Con este fin se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Análisis y redefinición de la Estructura Funcional del Ministerio de Salud, en cuanto a la prestación de servicios, con particular atención a los reajustes que puedan ser requeridos.

- Establecimiento de los mecanismos de coordinación interinstitucional y defi-nición de los grupos poblacionales a cubrir.

- Análisis y evaluación de los procesos nacionales de planificación y de la cobertura de servicios de salud.

- Desarrollo y fortalecimiento del proceso de planificación y evaluación del Sistema Nacional.

- Fortalecimiento de la capacidad institucional, su organización y coordinación para la Administración de los Servicios de Salud, con especial referencia a la atención primaria.

- Mejoría del proceso de análisis administrativo, para apoyar la administración, la operación y la supervisión del sistema nacional.

- Fomento del desarrollo y reorganización de la red de servicios de salud, conforme a los resultados de los estudios sobre oferta y demanda, utilización, distribución geográfica de la población, red de comunicaciones y otros factores que incluyen en la accesibilidad y utilización de los servicios.

- Fortalecimiento de las funciones de apoyo administrativo para cada nivel de atención, incluyendo pautas para su funcionamiento, control de calidad y dotación de personal y equipo.

3.4 Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica.

En la Resolución II de esta Reunión, se insta a los países de la subregión para que incrementen los esfuerzos con el fin de lograr el fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios, como procesos integrales y planificados de cambio, de forma que contribuyan al desarrollo institucional y eviten los crecimientos parciales y desordenados de areas o instancias de los sistemas de salud.

Apoyar la aplicación de las políticas de descentralización y de la estrategia de desarrollo de los sistemas locales de salud, y recomendar la canalización priori

taria de los recursos para vigorizar los esfuerzos nacionales con el fin de fortalecer los servicios de salud.

Promover acciones orientadas a la coordinación e integración entre las diversas instituciones del sector para una mayor y mejor utilización de los recursos, particularmente entre los Ministerios de Salud y las Instituciones de Seguridad Social; esto redundará en el desarrollo de los procesos fundamentales de conducción sectorial.

Apoyar la adecuación de los modelos de atención y la vigorización del proceso nacional de desarrollo de la capacidad gerencial con un enfoque integral y coordinado, procurando que este catalice los multiples recursos de cooperación externa disponibles para estos temas; utilizando para ello el apoyo que ofrece el proyecto subregional de desarrollo de la capacidad gerencial.

Abordar los procesos de capacitación como un componente del desarrollo de la capacidad gerencial en interacción con los otros componentes de ésta, de manera integral y acorde con las prioridades de cada país.

Aprobar en todas sus partes la propuesta del "Seminario sobre Gerencia para Líderes del Sector Salud", que ha elaborado el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE) para el Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial.

Solicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que gestione ante el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la ampliación y continuación del proyecto de desarrollo de la capacidad gerencial, en los terminos ya planteados en la II Conferencia de Madrid, "SALUD: PUENTE PARA LA PAZ".

4. Discusión General.

De la discusión del grupo se obtuvo la siguiente información:

- Inconsistencia en la aplicación de la política de salud, "EXTENSION DE COBERTURA", existe aún un importante grupo de población desprotegida en las Areas Rurales, en términos de infraestructura e inversión. Hay una alta concentración de los recursos en la capital.

- Evidente una marcada separación entre los Hospitales y los Centros de Salud, que desarticulan la red de servicios.

- Incipiente desarrollo de la política de descentralización y desconcentración.

- Sub-utilización de recursos humanos y materiales.

- Las acciones que el Ministerio de Salud realiza están dirigidas a la atención asistencial y es urgente promover la medicina preventiva. Las acciones en su mayoria van encaminadas a actividades que no resuelven los problemas.

- La población no tiene accesibilidad geográfica, económica, funcional, ni cultural a los servicios de salud.

- La extensión de cobertura, está formulada como política pero falta instrumentarla.

- La inestabilidad política afecta el desarrollo de programas, por el constante cambio de Jefes, no hay continuidad de los mismos.

- Hay desconocimiento de las políticas de salud a nivel aplicativo.

- Existe un consejo nacional de Salud integrado por múltiples instituciones del sector, pero que no ha funcionado eficazmente.

- No existe liderazgo en salud, y no se siente la direccionalidad del Ministerio a todo el sector.

- Fortalecer la metodología de canalización previa evaluación como apoyo a la atención primaria de salud.

- Un sistema de salud nace para satisfacer las necesidades de la población, en el momento que no cumpla, con esto es porque no funciona con eficiencia y eficacia y pierde el liderazgo.

5. Revisión de la cooperación técnica con la información de proyectos, actividades del periodo 1986-1989.

Durante el perído 1986-89, la cooperación técnica prestó apoyo a las políticas de Extensión de Cobertura, basada en las estrategias de Atención Primaria, participación Comuni

taria, Articulación Sectorial, Fortalecimiento del Nivel Local, Desarrollo Institucional y Desarrollo de la Capacidad Gerencial.

En cuanto a la Extensión de Cobertura, el Ministerio de Salud Pública elaboró y validó la estrategia de la "canalización" como modalidad para aplicar la Atención Primaria, cuyas acciones principales estaban dirigidas hacia la comunidad y consistían en diagnósticos de morbilidad alrededor de los programas de inmunizaciones, rehidratación oral, infecciones respiratorias agudas, control prenatal, educación sanitaria, etc., seguidas de programación local de las intervenciones mediante visitas domiciliarias, ampliación de consultas en Puestos, Centros y Hospitales.

La cooperación técnica contribuyó con asesoría para el diseño del modelo operativo de la "canalización", participó en la investigación de experiencias anteriores y en la evaluación de las nuevas experiencias que se fueron ganando. En la etapa de promoción e implantación del modelo, se cooperó mediante capacitación de personal e instituciones públicas y privadas -ONG's- personal comunitario, voluntarios, promotores y comadronas en 8 areas de salud desde las cuales se extendió la canalización al resto del país.

En la fase de puesta en marcha, la asesoría técnica trabajó en equipo con las contrapartes nacionales, en las acciones de personal en atención a las personas y al ambiente y en la supervicios y evaluación de los mismos.

También se prestó apoyo a las evaluaciones que se efectuaban trimestral y anualmente y sobre cuya base se preparaba la programación para el ciclo siguiente.

Especial atención se dedicó a promover la participación de los hospitales en acciones comunitarias, mediante actividades de promoción y capacitación en los establecimientos; asesoría y financiamiento para la organización de unidades de rehidratación oral y, en algunos hospitales, para la creación de un departamento de medicina preventiva.

Algunas de las actividades de promoción se realizaron en los hospitales del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Al sector universitario se le dedicó considerable atención, proporcionándose asesoría en el análisis del curriculum tendiente a reorientarlo hacia la Salu Pública; se dió colaboración docente en le estrategia de Atención Primaria de Salud.

Una proporción significativa de la cooperación fué orientada hacia las ONG's en términos de capacitación y acciones coordinadas con el MSP, al nivel central y local.

En cuanto la a participación comunitaria se trabajó en equipo con las contrapartes en la identificación de líderes, definición del perfil ocupacional, capacitación y supervisión; en la incorporación y capacitación de comadronas y promotores.

La aprobación de una nueva constitución política en 1985, el cambio de Gobierno y de Proyecto Político en 1986 imprimieron una direccionalidad diferente a los programas sociales y a la cooperación técnica, lo que se tradujo en la definición de nuevas prioridades relacionadas con los mandatos constitucionales de regionalización del desarrollo económico y social, con participación de la comunidad y el de descentralización de los servicios públicos.

La aplicación de dichas políticas al sector salud modificó el contenido del programa de cooperación técnica para incluir actividades de apoyo tales como la preparación de un Plan Maestro de Desarrollo Institucional; la definición conceptual, política y legal de la descentralización y desconcentración; reorganización del Ministerio de Salud Pública; organización de las nuevas Direcciones Regionales de Salud; desconcentración presupuestaria; elaboración de una metodología de programación local y fortalecimiento de la planificación; fortalecimiento de la infraestructura de los servicios locales de salud; desarrollo de la capacidad gerencial.

La cooperación técnica se ha hecho extensiva al Insituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y a la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República, en relación con acciones de articulación intrasectorial, desarrollo institucional y fortalecimiento de servicios de salud, desarrollo de la capacidad gerencial.

Especial atención se ha dado, en los años 1988 y 1989, a los hospitales que, en Guatemala, están desarticulados del sistema de servicios. Se ha impartido capacitacion para promover el rol del hospital en la Atención Primaria su articulación con los demás servicios locales; dise;o e implantación de metodologías de información y control, mejoramiento de los registros médicos, análisis de la referencia.

Para el año 1989, se ha prestado cooperación a las siguientes prioridades definidas por los programas nacionales:

- Implementación de la Atención Primaria de Salud a través de la estrategia de canalización en las Regiones del país.

- Capacitación de personal gubernamental y no gubernamental y personal comunitario para participar en la Atención Primaria de Salud,

- Participación del personal hospitalario entrenado en la Atención Primaria.

- Desarrollo de los sistemas de Programación Local, Evaluación y Supervisión incrementando la integración y coherencia entre sí y con los planes de capacitación.

- Implementar en Areas de Salud seleccionadas la estrategia de SILOS.

- Descentralización de Servicios de Salud.

- Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; de la Secretaría de Bienestar Social y de otras entidades del Sector.

- Desconcentración de los sistemas administrativos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Regionalización de los Servicios de Salud.

- Revisión de la organización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en relación con la regionalización de servicios, con la desconcentración de sistemas administrativos y con la articulación intra y extrasectorial.

- Fortalecimiento de la capacidad institucional y sectorial para el análisis y planificación económico-financiera de las acciones de salud.

- Fortalecimiento del sistema de información gerencial del Ministerio de Salud Pública.

- Capacitación gerencial en diferentes niveles del Ministerio de Salud Pública.

Con relación a las actividades de enfermería, el proyecto subregional prestó colaboración durante el año 1986 en:

- Preparacion y desarrollo de un Seminario-Taller "La Respuesta de Enfermería hacia el Proceso Democrático para la Atención de Salud a las Bases Sociales". Participaron 35 enfermeras y 3 medicos; el propósito y objetivos fueron: sustentar el rol de enfermería en el sistema de salud dentro del marco político actual para contribuir a satisfacer las necesidades de salud de la población, con oportunidad, en conjunción coparticipativa de las bases sociales y disciplinas afines.

  Determina el espacio político que le corresponde a enfermería en el sistema de salud, que posibilite un

accionar más efectivo de los servicios en beneficio de la mayoría desprotejida.

- Se realizó un estudi sobre "Situación de Enfermería en Guatemala 1986"; este comprendió el universo del recurso de enfermería en el país. Incluyó un curso de capacitación a las enfermeras jefes de las 24 áreas de salud, quienes se esponsabilizaron de la recolección de la información. El estudio culminó en el 1er. cuatrimestre de 1987 y los resultados se dieron a conocer a las autoridades de salud y de enfermería con el propósito de implementar las conclusiones y recomendaciones.

En el año 1987, con el fin de apoyar las acciones de Atención Primaria en el Tercer Nivel de Atención, en el Hospital regional de Zacapa, se desarrollaron una serie de actividades, entre las de mayor relevancia se pueden enumerar las siguientes:

1. Diagnóstico del Distrito de Salud de Zacapa.

2. Programación de actividades de mayor prioridad.

3. Elaboración de normas administrativas para la Consulta Externa, que incluyen: Funciones del personal, objetivos, organización y normas generales.

4. Se desarrolló un programa de capacitación para médicos, enfermeras y otros profesionales, por separado se capacitó el 100% de los auxiliares del área hospitalaria. Los contenidos de los cursos tenían un enfoque de Atención Pimaria, con el fin de lograr una mayor participación del personal en las actividades intra y extra hospitalaria en el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades.

5. Se capacitó todo el personal del hospital y distritos de salud sobre las normas de referencia.

- Análisis del curriculum de formación de enfermeras y colaboración en la elaboración de un Proyecto de capacitación para Enfermeras en el área maternoinfantil.

Se inició el estudio Prospectivo de la Educación de Enfermería con la participación de todo el personal docente de las escuelas de enfermería de Guatemala, Cobán y Quetzaltenango. Tabién se contó con la participación de enfermeras de servicio y estudiantes.

El estudio se inició en 1986 y a la fecha se encuentra en pleno proceso en el Análisis y desarrollo de las

áreas críticas: Integración Docente Asistencial, liderazgo e investigación.

Se ha contado con el apoyo de los asesores del nivel regional de Educación de Enfermería y del PASCAP en Guatemala.

Con el programa Mujer, Salud y Desarrollo, se participó en dos reuniones de promoción con el personal femenino de las áreas de salud de Guatemala Norte, Sur y Amatitlán, y se colaboró en la recopilación de información sobre los diversos programas y proyectos, Asociaciones y Organizaciones existentes relacionados con la Mujer.

En el año 1988 en:

- Chimaltenango:

  Se desarrollaron 4 Talleres de Capacitación para el personal del Hospital y del Distrito, con el fin de sensibilizarlo en las acciones de Atención Primaria y el papel del hospital. En los talleres participaron 139 (77%), 4 médicos, 9 enfermeras, 54 auxiliares de enfermería, 72 otros: odontólogos, trabajador social, administrativos, etc.; y se discutieron con gran profundidad el concepto de "Atención Primaria", los Sistemas Locales de Salud u su relación con el hospital y las Normas de Referencia.

  Se inició el Manual de Normas Administrativas de la Consulta Externa. Dicho manual no ha sido posible incluirlo por diversas razones, entre ellas: No hay espíritu de trabajo en equipo multidisciplinario, dificultades para efectuar las reuniones técnicas por falta de personal y algunos eventos de la naturaleza (fuerte temblor de tierra) y Campañas de Vacunación entre otros.

- Se capacitó el personal de los Distritos de Salud sobre el sistema de referencia. Participaron médicos, enfermeras y auxiliares de toda el área.

- Se está apoyando el equipo de salud en el desarrollo y fortalecimiento de los SILOS en Suchitepéquez y Retalhuleu, especialmente en la motivación del personal de enfermería para su integración en el desarrollo de las actividades. Se inició el diagnóstico de salud de ambos hospitales y mejoramiento de la consulta externa del hospital de Suchitepéquez.

  Se colaboró en la elaboración de un anteproyecto de revisión de Normas de Dotación de Personal de Enfermería a nivel nacional.

En el período 1988-1989:

- Se continúa apoyando las comisiones de trabajo relacionadas con el "Análisis Prospectivo de la Educación en Enfermería:. Se elaboró la imagen objetivo en case a las áreas críticas detectadas (integración, servicio - docencia (IDA), investigación y liderazgo) Se han elaborado planes de acción para integración I.D.A. y liderazgo (4ta. y 5ta. fase).

  El trabajo se ha desarrollado con una participación activa e integrada del personal docente, de servicio, estudiantes y OPS (HSM, PASCAP y DHS).

  Se desarrollaron tres reuniones, una en cada Escuela de Formación de Enfermeras (Cobán, Quetzaltenango y Guatemala); dos con el grupo facilitador y 10 con el grupo planificador (se reune los días viernes).

- Se colaboró en la preparación y desarrollo de un curso de Introducción a la Metodología de la Investigación, del 3 al 7 de octubre. Participaron 45 enfermeras de docencia y servicio.

- Se apoyaron 4 actividades Pre-Congreso, que se efectuaron en los Departamentos de Guatemala, Quetzaltenango, Alta Verapaz (Cobán), Zacapa, con el tema "Identidad Profesional". Se contó con una asistencia de 738, representando todos los departamentos del país.

- Se dió apoyo técnico para la organización y desarrollo del VIII Congreso y contó además con la participación de Asesores en los temas de mayor relevancia.

  Entre los temas principales presentados fueron: los Sistemas Locales de Salud (SILOS), acompa;ado con la experiencia del departamento de Suchitepéquez, avances del Estudio Prospectivo de la Educación en Enfermería; y el tema "Enfermería en el Contexto Latinoamericano". Se introdujo la participación de enfermería en los SILOS e introducción de nuevas formas o "modelos" de atención. Participaron 455 enfermeras y estudiantes. Todas reafirmaron por escrito el compromiso de dar apoyo a los SILOS en cada una de las áreas de procedencia.

En el Programa Mujer, Salud y Desarrollo se colaboró en:

- La elaboración del Proyecto "La Mujer en la Salud y el Desarrollo en Centro América, Panamá y Belice", a través de recolección de información, trámite de correspondencia y participación en algunas reuniones técnicas.

- La organización y desarrollo de una reunión para revisión del anteproyecto Mujer, Salud y Desarrollo, con el fin de llevar una propuesta nacional a la reunión de Managua, Nicaragua.

- Se participó en la primera Reunión sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo para Centro América, Panamá y Belice, en Managua, Nicaragua del 28 de agosto al 1o. de septiembre. Asistieron 54 participantes de los países involucrados, personal de OPS/OMS y otros Organismos Internacionales.

- Se colaboró en la evaluación del Plan de Trabajo 1988 y en la elaboración de 1989.

- Elaboración del Programa de entrevistas del Sub-Director de OPS/OMS y de un STC para la preparación de la Red de Información Subregional MSD.

- Preparación de un documento base (según guía) para el apoyo al Curso de Gerencia en San José, Costa Rica.

- Elaboración de informes y participación en reuniones con autoridades de salud y colaboración a la Representación en los trámites de correspondencia.

Otras actividades no programadas:

- Se participó en la organización y desarrollo del Seminario Taller "Habilidades de Supervisión", programado para los docentes de las Facultades y Escuelas de Enfermería de Centro América, Panamá y Belice y República Dominicana. Asistieron 31 participantes, 9 facilitadores. Por el contenido técnico de los módulos los resultados del Seminario Taller van a repercutir en la atención del usuario en los SILOS.

  Se brindó apoyo financiero para las actividades de atención primaria en el 3er nivel de Atención en

Zacapa y Chimaltenango y para la implementación del Sistema de Referencia en ambas áreas. Asimismo, se contó con fondos para el curso de Investigación y apoyo técnica de una asesora del PASCAP (Honduras) y una asesora del INCAP (Guatemala).

Se asignaron fondos para participar en el Congreso Internacional de Enfermeras en 1987.

Una beca de una semana a Costa Rica a un curso de liderazgo. La participante asistió por la Asociación y es enfermera docente de la Escuela, ha reproducido el curso a nivel nacional por áreas de salud con apoyo de la Asociación (1988).

Una beca para Licenciatura en Enfermería en Perú para la Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras de Cobán (1989).

Nota: todas las actividades se han realizado en conjunto con la División de Atención a las personas, Programa Mujer, Salud y Desarrollo y Dirección de Educación de Enfermería.

6. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma.

El impacto de los recursos humanos formados no se ha evaluado totalmente, no existe una planificación de las becas, para hacer coherente éstas con el proceso de cambio, en la organización de los servicios; las necesidades de becas son programadas por el Funcionario interesado y se programa más de lo que se puede absorver.

Las becas se dan por diversas razones no en función del proceso de desarrollo de los programas. No se planifican como un mecanismo de apoyo para mejorar o lograr un cambio.

La capacitación interna, se continúa manejando con deficiencias metodológicas y sin lograr el cambio que se espera.

No se aplica la metodología de Educación Permanente, se resalta como excepción, la participación de enfermeras en cursos de liderazgo a nivel local y cambios curriculares.

La metodología utilizada en silos, a traves de conferencias, han demostrado poca efectividad porque los grupos no perciben el contenido. Se cambió y se dispuso proporcionar con anticipación el material para ser leído, para análisis con grupos pequeños; se cree que con esta metodología el conocimiento se fija más, aún así no se ha logrado el cambio de

actitud esperada. La consultoría en progrmagación local ha sido subutilizada y su aplicación en las área distorsionada.

No existe coordinación ni planificación en la capacitación de los recursos humanos. Cada división, Departamento o sección realiza en forma aislada su capacitación. Esto se produce porque no existe política de recursos humanos.

No se han aplicado metodologías participativas; no existen instrumentos para evaluar cambios de actitud, que sean aplicadas en el país; no existe participación multidisciplinaria; no se ha evaluado sistemáticamente el impacto de los programas de capacitación a nivel local.

La red de servicios del sistema nacional de salud no está claramente identificada. El grupo concluye que existen políticas explícitas pero no han sido instrumentadas.

Se cuestionaron los siguientes temas:

- La metodología de capacitación y su utilidad para el desarrollo de los servicios de salud. Existe diferente conceptualización de la atención primaria en salud y problemas de aplicación.

- La capacitación se ha dado unicamente como medio de transmitir un conocimiento y no como el medio de obtener un cambio de actitud.

- En atención primaria en salud y sistemas locales de salud, el conocimiento se tiene en varios niveles, pero no existe el cambio de actitud individual.

Se expresa que existen dos grandes riesgos:

1. La capacitación como un fin y no como un medio para el cambio de actitud.

2. La capacitación como la transmisión de conocimientos y no la busqueda del cambio.

Se concluye que:

- El impacto de los programas es deficiente y debe producirse un proceso de cambio en la cooperación para que la capacitación sea eficiente;

- Se han planificado diferentes metodologías, pero no se cuenta con datos actualizados que evalúan integralmente el proceso.

Con relación a la canalización:

Se ha logrado un cambio, en relación a que el personal del Hospital tenga contacto directo con la comunidad a través de visita domiciliaria; hay multiplicidad de factores que afectan el cambio: Sociales, Culturales y Psicológicos.

La capacitación debe diseñarse con técnicos y metodología adecuada a la comunidad; la falta de integración, docencia y servicio, influye en el poco o ningún impacto de los programas.

El grupo expresó que sin embargo se han obtenido logros en los servicios y se mencionan los siguientes:

- Contacto directo del personal de Centros y Puestos de Salud con la comunidad, a través de las visitas domiciliarias.

- La metodología de canalización ha permitido obtener más conocimientos de la comunidad.

- La mayoría de médicos Jefes de Areas tienen conocimientos de Salud Pública.

- No se ha solucionado el problema de trabajar con la comunidad, porque no hay educación en salud en forma sistemática.

Con relación a los aspectos administrativos, hacen los siguientes comentarios:

La programación se realiza en octubre y noviembre, a través de la Dirección General de Servicios de Salud; se necesita mayor información relacionada con los requisitos para lograr la cooperación de OPS.

Se plantea como restricciones:

Los Recursos se dan atrasados, se desconoce la asignación para cada programa; si las solicitudes no están programadas, se dificulta la busqueda de recursos; se considera que los insumos no han sido bien utilizados.

A veces se tiene la asesoría y no se ha solicitado; se requiere apoyo para resolver la gestión administrativa-financiera incluyendo participación del administrador; y existe atraso de la ejecución de la asignación financiera del año anterior, obstaculiza el desarrollo de programas.

Magnitud y uso de movilización de los recursos:

Restricciones:

SILOS: no es la palabra el problema sino el rechazo al cambio; en las instituciones se han recibido como un "modelo" impuestos por OPS; las autoridades son una barrera muy fuerte, no han participado de acuerdo a los diferentes niveles de responsabilidad; el imponer ideas hace perder la filosofía de la consultoría.

Sugerencias:

Es necesario identificar estrategias para manejar la resistencia al cambio, el consultor además de ser un exelente técnico experto en el tema, debe de actuar como un buen pedagogo que logre cambios, la transferencia de "modelos extranjeros" no siempre es efectivo, las culturas son totalmente diferentes.

Con relación a las Investigaciones operativas se han realizado estudios sobre:

Situación de Enfermería en Guatemala, análisis prospectivo de la educación en enfermería (en proceso); normas de dotación de personal de enfermería (en proceso); talleres regionales de enfermería.

Se plantea como restricciones que:

No hay mecanismos de difusión de investigación y que OPS ha trabajado poco en apoyo de la investigación en los servicios de salud.

Con relación a las investigaciones operativas se han realizado estudios sobre:

Situación de enfermería en Guatemala, análisis prospectivo de la educación en enfermería (en proceso), normas de dotación de personal de enfermería (en proceso), talleres regionales de enfermería.

Se recomienda hacer INVESTIGACIONES a traves de:

Seguimiento o seminarios de investigación en salud, exhortar a trabajar en investigación como apoyo a los programas; coordinación de la Asesoría Técnica en investigación, y coordinar todas las investigaciones a través de la unidad de investigación del Ministerio.

Con relación a los procesos de cambio, se considera que:

Los procedimientos burocráticos impiden obtener los recursos necesarios, la formación de grupos incide en la toma de decisiones y que la participación comunitaria debe ser orientada en forma técnica para promover el desarrollo integral.

7. Recomendaciones sobre lineas de acción y desarrollo futuro de la cooperación.

1. Que se reconozcan las políticas de salud como "Políticas del País".

2. Establecer metas de cobertura para las ONG.

3. Determinar criterios técnicos para la dotación del personal.

4. Fortalecer la utilización de personal voluntario.

5. Determinar criterios técnicos para la construcción de hospitales, a través de la planificación sistemática.

6. Difusión de los lineamientos políticos que se dan a nivel central.

7. Establecer sistema de comunicación del nivel central con las regiones.

8. Coordinar acciones en todo el sector, por mandato constitucional el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el rector, y podría aprovecharse mejor los recursos.

9. Promover el cambio de actitud en todos los niveles.

10. Implementar el plan maestro de desarrollo institucional.

11. Definir una estructura de enfermería a nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

12. Conformar comité de becas en forma multidisciplinaria.

13. Planificar actividades para identificar el porqué del rechazo al cambio.

14. Proporcionar transporte y apoyo logístico por parte del Ministerio de Salu Pública y Asistencia Social para poder desarrollar programas.

15. Formular políticas de recursos humanos (formación, ubicación y utilización del recurso humano capacitado).

16. El país es el responsable de utilizar adecuadamente el recurso humano capacitado y velar porque cumplan el compromiso establecido en el convenio de beca.

17. Revisar aspectos prospectivos en los modelos de atención, para la transformación del sistema nacional de salud.

18. Establecer coordinación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y OPS en la organización de SILOS.

19. La cooperación técnica debe responder a una planificación nacional, que tenga en cuenta los niveles locales.

20. La programación debe realizarse a nivel local.

21. Que las áreas de salud soliciten asesoría técnica a OPS/OMS para solucionar la problemática multisectorial y multifactorial. La asesoría debe definir sus objetivos conjuntamente con los solicitantes y el respaldo del nivel nacional.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
RECURSOS HUMANOS E INVESTIGACION
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante los días 3 y 4 de agosto de 1,989.

Guatemala, julio - agosto de 1,989.

Recursos Humanos.

Participantes:

Lcda. Maria Rebeca Arrivillaga	INCAP
Sra. Lilian Barillas de Rivas	MSPAS
Dra. Lilly Caravantes de Dubois	USAC
Sr. Francis Chacon	MSPAS
Sra. Yolanda de Aldana	DGSS
Sr. Reyna de Leon	CARE
Dr. Eusebio del Cid	MSPAS
Dr. Napoleòn Dìaz	IGSS
Sra. Enma Dominguez E.	VISION MUNDIAL GUATE.
Dr. Mario Figueroa	FAC. CIENCIAS MEDICAS USAC
Dr. Miguel Angel Garcès	PROYECTO INS
T. Social Yolanda Gongora	MSPAS
Dr. Jorge Hermida	INCAP
Srita. Miriam Lau	MSPAS
Sr. Erwin Lemus	MSPAS
Lic. Marco Tulio Lòpez	MSPAS
Licda. Cristina Martinez	MSPAS
Licda. Olga Martinez	MSPAS
Sra. Irma Morales de Wolhers	MSPAS
Dr. Hector Orozco	HOSP. GRAL. SJDD
Lcda. Aracely Seijas de Santos	MSPAS
Lcda. Ninnette Siguì	MSPAS
Fisioterapista Maria Soveranis Reyes	MSPAS

Moderador: Estela de Morgan

Relator: Dr. Alexander Escobar

Consultor: Lcda. Idalma de Rodas

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS

AREA DE RECURSOS HUMANOS

1986 - 1989

1. Propósito

1.1 Evaluar la cooperación técnica desarrollada por OPS/OMS en el área de Recursos Humanos e Investigación, en términos de su pertinencia, eficiencia y eficacia.

1.2 Definir futuras líneas de acción para la cooperación técnica, buscando su mayor pertinencia y coherencia.

2. El Problema: LA FUERZA DE TRABAJO

Condiciones de Salud de las Américas (1986 - 1989)

La Fuerza de Trabajo en Salud (FTS):

La FTS o número de empleos en el MSPAS e IGSS, asciende a 13,139 (para 1988) de los cuales el 19% es personal profesional universitario; el 28% técnico no universitario y el 53% es personal auxiliar.

Los salarios para un profesional universitario varían entre Q1,000.00 a Q1,500.00 en el MSPAS, y de Q1,200.00 a Q1,320.00 en el IGSS; un técnico, Q300.00 a Q720.00 en el primero y de Q495.00 a Q575.00 en el segundo; un auxiliar, entre Q300.00 a Q365.00 en el MSPAS (1988).

Al comparar la situación de la FTS encontrada en 1984, en el MSPAS con la existente en 1988 se nota que el personal profesional universitario creció en ese período en un 15% y el auxiliar en un 11.5%.

El análisis de la disponibilidad de personal en relación a población a cubrir muestra gran disparidad entre las dos instituciones del sector público.

El IGSS tiene una tasa de disponibilidad total de personal de salud de 32.0 en razón de 10,000 usuarios, en cambio el Ministerio sólo cuenta con 14.3. La tasa de personal profesional universitario en el IGSS es de 9:10,000 y en el MSPAS es tres veces menor con el 2.4. Situación casi similar se aprecia en los grupos de técnicos y auxiliares.

Debe resaltarse que el MSPAS y el IGSS cubren el 77 y 13% de la población respectivamente; por lo que esta disparidad de personal muestra, en cierta forma, la

falta de equidad en la distribución de la FTS y por lo tanto de la atención de salud. Esto hace evidente el deficiente financiamiento del MSPAS en relación con la otra institución.

Algunas categorías de personal profesional como lo son el ingeniero sanitario y el nutricionista, así como en general el personal técnico, son muy escasos para atender las necesidades de atención de salud. en el sector público.

Distribución Geográfica

La distribución geográfica de la FTS muestra una mayor concentración de personal en el departamento de Guatemala, con una proporción de empleos de 1.07:1 en relación al resto del país está determinada por la mayor concentración de personal profesional, que es de 1.85:1: en cambio, el personal técnico y auxiliar es más numeroso en el resto de los departamentos.

La concentración de personal en el departamento de Guatemala es eminentemente cualitativa. De las categorías profesionales, únicamente el médico (817), y el odontólogo (82) aparecen con cierta imoortancia en el interior del país donde reside el 79% de la población total.

En el interior del país, resalta, que el 56.1% de la FTS corresponde a personal de nivel auxiliar, y un poco mas del 14% a profesional universitario. La mitad de la FTS que corresponde a auxiliares, está asignada al 79% de las población.

Distribución por Sexo

El 64% de la FTS corresponde al sexo femenino, aunque las mujeres son mayoría en el sector público, sólo el 40% pertenece a la categoría profesional, el resto se ubica en la categoría auxiliar principalmente. Lo contrario ocurre con la FTS masculina.

Composición según niveles organizativos

Sólo dos niveles organizativos fueron considerados en el análisis de distribución de la FTS: coordinación oue incluye las unidades técnico-normativas del nivel central, jefaturas de área y delegaciones departamentales, y el nivel de servicios que comprende hospitales, centros de salud, puestos de salud, servicios de educación y recuperación nutricional (SERN), unidades mínimas y dispensarios.

En el nivel de coordinación se ubica el 3.75% de la FTS, y en el de servicios el 96.25%, lo que guarda una

adecuada proporciòn. Sin embargo, dentro del nivel de coordinaciòn, el personal con formaciòn en salud representa ùnicamente el 12.16%. Hay un impactante 87.84% de personal sin formaciòn en salud ubicado en este nivel.

Distribuciòn de la FTS por establecimientos

A pesar de que la mayor parte de la poblaciòn habita en el àrea rural y que las necesidades de salud estàn en relaciòn a causas prevenibles, la mayor cantidad de personal se localiza en las àreas urbanas. Esto es debido a que la asignaciòn presupuestaria de los centros de atenciòn preventiva es inadecuada y mucho menor oue la asignada a los centros hospitalarios, lo que acentùa la brecha entre las condiciones de salud de la poblaciòn y el tipo de respuesta que brinda el sistema.

Formaciòn de personal de salud

El MSPAS forma personal profesional no universitario: enfermeras y fisioterapistas; tècnico medio: tècnicos de salud rural, inspectores de saneamiento ambiental, tècnicos de radiologìa y de laboratorio, especialmente, en el caso de los tècnicos para satisfacer sus propias necesidades de servicio. Forma ademàs auxiliares de enfermerìa.

NOTA: Los datos sobre FTS fueron tomados del "Estudio Composiciòn y Ocupaciòn de la Fuerza de Trabajo en Salud en el Secto Pùblico". Departamento de Investigaciòn de la Divisiòn de Recursos Humanos de la Direcciòn General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social. Guatemala: PASCAP/OPS, 1989.

3. Revisiòn y anàlisis depolìticas, planes, programas de Gobierno, en relaciòn al àrea de Recursos Humanos, en los documentos de referencia.

3.1 Polìtica de Salud del Plan del Gobierno Demòcrata Cristiano.

- Atenciòn y educaciòn primaria en medicina preventiva, campañas nacionales de divulgaciòn.

- Descentralizar y fomentar la creaciòn de las carreras de medicina, enfermerìa y biologìa en las cabeceras departamentales de la repùblica, incentivando con ello a la Universidad de San Carlos y Universidades privadas.

- Programas de capacitaciòn y educaciòn comunitarios para el saneamiento ambiental y educaciòn nutri-

cional.

3.2 Memoràndum Presidencial II (1987-1989)

Es necesario enfatizar los programas de atenciòn preventiva, particularmente para grupos de poblaciòn de alto riesgo: niños y madres (embarazadas y lactantes).

Es necesario el involucramiento de organizaciones y personas voluntarias que estèn dispuestas a servir a los guatemaltecos siguiendo los lineamientos de la Organizaciòn Participativa de Proyectos en el Area de Salud y es necesario conquistar la voluntad de todos aquellos guatemaltecos que brinden su apoyo a los demàs, integrando brigadas de salud que atiendan niños y madres en los problemas màs sencillos pero màs comunes que padece la poblaciòn a quien debemos dedicarnos con màs ahinco porque son la razòn de ser de nuestra sociedad."

3.3 Programa de Reorganizaciòn Nacional 1987-1988

Programa 2: Concentizaciòn para la Participaciòn Democràtica

Para que florezcan concepciones, actitudes, hàbitos y comportamientos democràticos, es necesario que todos los sectores nacionales se unan en un proceso de informaciòn-formaciòn que impregne de los valores de libertad y responsabilidad todos los actos de personas y grupos en la nueva democracia.

Objetivos

Promover actitudes, hàbitos y comportamientos democràticos en la poblaciòn, haciendo conciencia del momento històrico. Mantener un proceso permanente y abierto de comunicaciòn social. Continuar con el proceso de diàlogo y concertaciòn de las grandes decisiones polìticas.

Realizaciòn de un programa de educaciòn escolar y extraescolar de "Formaciòn para la democracia". Creaciòn de un sistema àgil de informaciòn gubernamental. Realizaciòn de un programa de concertaciòn de proyectos nacionales.

Organizaciòn Participativa de Apoyo

Es horizontal y representa la integraciòn de mecanismos de participaciòn de las instituciones de la poblaciòn y del gobierno, kpero no para emprender proyectos especìficos, sino para apoyar los procesos

de desarrollo de estos. Se busca innovar, modernizar y en general hacer posible y más eficiente la realización de los programas que la comunidad se propone.

Al igual que las Organizaciones Participativas de Proyectos, estas Organizaciones de Apoyo se organizan como Consejos en los cuales los ciudadanos y los funcionarios de gobierno se congregan de acuerdo al concepto de Democracia Participativa; es decir, en su calidad personal y no de representación gremial o institucional. Los coordina un Gerente y los dirige un Presidente de Consejo que, a nivel nacional, se coordina con la Presidencia de la República.

A lo largo del período de campaña y ahora, en el gobierno, se ha podido ratificar que la solución a un problema depende más de las capacidades del equipo humano que se haga responsable, que de cualquier otro instrumento e, incluso, de la disponibilidad de recursos.

Revisar la legislación vigente en materia de adminsitración de personal para hacerla concordante con: los mandatos constitucionales, las expectativas de los servidores públicos, las expectativas de los usuarios de los servidores públicos y las posibilidades del Estado.

Modernizar los procesos de reclutamiento, selección, conducción y desarrollo de los recursos humanos del sector público para ponerlas en consonancia con los requerimientos de cambio administrativo que exige el proceso de desarrollo emprendido por el Gobierno.

Establecer un programa vasto de formación y capacitación de personal a todos los niveles jerárquicos.

3.4 PROYECTO SOCIAL

Guatemala posee una realidad pluricultural e históricamente segmentada, lo que demuestra la necesidad de integrar las comunidades que conforman el país, con el fin de consolidar la identidad nacional y el proceso democrático, abriendo los espacios de participación social y comunitaria en búsqueda del desarrollo integral de la anción: Un proceso del hombre, construido por el hombre mismo.

Objetivos

Determinar las características de las diferentes culturas que componen la diversa realidad del país, con el objeto de que los planes nacionales de desarrollo sean

aceptados e incorporados por las comunidades.

Sustentar culturalmente las iniciativas y gestiones estatales, municipales, financiamiento, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo integral del país.

Promover la conservación y creatividad de acciones culturales y recreativas por los miembros de las diferentes comunidades, en forma autogestiva de acuerdo a sus propias necesidades y soluciones.

Fortalecer los programas de formación artística y los contenidos histórico-culturales en los programas educativos.

Proceso de Trabajo

1. Elaboración del diagnóstico de la realidad cultural.

2. Establecimiento de mecanismos de capacitación a fin de sustentar con elementos culturales de referencia a los proyectos de desarrollo integral.

3. Revisión y formulación de iniciativas de ley necesarias para la conservación del patrimonio, la proyección y fomento de la creatividad para así consolidar la identidad nacional.

4. Evaluar los programas de formación artística y los contenidos histórico-culturales en los programas educativos para asegurar que respondan a una efectiva capacitación magisterial y al desarrollo cultural del país.

5. Fortalecer la conciencia nacional, se respalda el proceso democratizador, y se consolidan los valores étnicos, cívicos y colectivos.

3.5 Plan de Salud (1987 - 1991)

Componente de planificación, programación y utilización de Recursos Humanos

Comprende acciones relacionadas con la elaboración de programas de desarrollo de RH en salud en coordinación con los estudios de las necesidades de los servicios. Incluye la formulación de los perfiles ocupacionales y educacionales... fortalecimiento institucional... Para la mejor utilización del RH disponible, es necesario efectuar un análisis de distribución geográfica por servicio y por niveles de atención... de los perfiles ocupacionales y educacionales, y de la

adecuaciòn de los programas de enseñanza a las necesidades de los servicios y el desarrollo de programas de educaciòn contìnua.

Actividades (resumidas)

- Anàlisis de la situaciòn del àrea de RH: estudios de oferta y demanda conforme estrategia de APS; programas de formaciòn y utilizaciòn de RH; formaciòn de personal en planificaciòn y administraciòn de RH.

- Desarrollo y coordinaciòn de sistemas de informaciòn.

- Promociòn de la mejor utilizaciòn del RH a travès de estudios de distribuciòn, funciones y perfiles.

- Apoyo al desarrollo del procesos de supervisiòn de la educaciòn con ènfasis en el nivel local.

- Desarrollo de procesos de educaciòn continua con las modalidades de autoinstruccìòn y eduaciòn a distancia.

3.5.1 **Componente de capacitaciòn en salud en àreas prioritarias:**

Comprende el desarrollo de programas de capacitaciòn en àreas prioritarias, determinadas por las propias instituciones de servicio, con ènfasis en el personal tècnico, auxiliar y de la comunidad.

Actividades

- Planificaciòn y desarrollo de programas conjuntos de capacitaciòn, incluyendo su evaluaciòn y control.

- Revisiòn y reforzamiento de las instituciones de formaciòn e investigaciòn, enfatizando las àreas de salud pùblica ymedicina preventiva, revisando programas, etc.

- Coordinaciòn docente-asistencial a diferentes niveles.

- Revisiòn y reforzamiento de programas de capacitaciòn de personal tècnico y auxiliar y de capacitaciòn en adminsitraciòn de sistemas de servicios de salud.

3.5.2 **Componente de desarrollo de tecnología educacional en Recursos Humanos**

Comprende los procesos de planificación e instrumentación de sistemas educacionales para la formación de personal. Incluye la promoción de la investigación de nuevos modelos educativos de formación.

Actividades

- Revisar la tecnología educacional empleada y adecuarla a la estrategia de APS; formar docentes con enfoques multidisciplinarios orientados hacia las necesidades de los servicios.

- Desarrollar nuevos tipos y materiales educativos.

3.5.3 **Componente de coordinación con otras entidades que forman o capacitan personal en salud**

Busca establecer un mecanismo de participación en el proceso educativo de todas las agencias del sector salud.

Actividades

- Normatización del sistema de formación y capacitación del personal.

3.6 Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica.

En la resolución III de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica, se apoya las unidades de Recursos Humanos de los ministerios de Salud e instituciones de Seguridad Social para que fortalezcan su capacidad, en el desarrollo de actividades de investigación, políticas, planificación, formación, capacitación y utilización de personal de salud; se establece y/o propende a perfeccionar mecanismos nacionales permanentes de articulación, entre las instituciones utilizadoras y las formadoras de Recursos Humanos en Salud, con el fin de impulsar el proceso de coordinación y planificación estratégica de dichos Recursos Humanos, con plena participación comunitaria; para este fin deberán elaborarse proyectos destinados a: A) incorporar en las instituciones formadoras de Recursos Humanos, los contenidos principales de las estrategias de salud de los países. B) fortalecer los programas de capacitación y entrenamiento de los Recursos Humanos en funciones en el servicio social, con el objetivo de ajustar sus

conocimientos y sus prácticas a las realidades de nuestros paises.

Formalizar y reforzar mecanismos de coordinación interagencial que garanticen las integración y coherencia de la cooperación técnica en apoyo a los programas nacionales.

4. Presentación de la Evaluación de la División de Recursos Humanos y su relación con la Cooperación Técnica

La División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta con su equipo técnico un documento de evaluación del área de Recursos Humanos, que se transcribe a continuación:

Se pretende dar a conocer en forma muy general, cuál es la situación del país referente a los recursos en salud. Para esto es importante hacernos la pregunta: Qué se entiende por recursos humanos en salud? El Consejo Técnico de la División de Recursos Humanos lo ha definido de la siguiente manera: "Son todas las personas que integran la comunidad, que interactuan y participan con responsabilidad social, a través de acciones de salud directas y/o indirectas, que inicíden positivamente en el bienestar de la población.

La División de Recursos Humanos persigue el desarrollo del recurso humano en salud; esto implica acciones coordinadas por parte de todas las entidades involucradas en su desarrollo. También se requiere de lo siguiente:

Una adecuada infraestructura educativa en salud;

El establecimiento de sistemas apropiados de información.

La producción y adecuada utilización de materiales educacionales;

Un verdadero proceso de capacitación con enfoque de ducación permanente accesible a la totalidad del personal del ministerio;

Un sistema administrativo que permita la óptima utilización de los recursos humanos institucionales y voluntarios.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta a la fecha aproximadamente con 19,000 empleados, ubicados en 35 hospitales, 32 centros de salud tipo "A", 1988 centros de salud tipo "B", 785 puestos de salud o oficinas del nivel técnico-adminsitrativo, técnico-normativo y planta central.

Los 19,200 empleados del ministerio, màs aproximadamente 15,000 voluntarios tienen la responsabilidad de atender cada quien a su nivel, alrededor del 85% de la poblaciòn del paìs, correspondiéndole al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y al sector privado el 15% restante que se concentra en las àreas urbanas.

El buen desempeño de este personal depende bàsicamente de su formaciòn y capacitaciòn, asì como de su correcta utilizaciòn y de los recursos de que disponga para poder trabajar.

Se considera que deben operarse cambios fundamentales en recursos humanos. Si estos no estàn formados en el nûmero y con la calidad requerida, el cumplimiento de los nuevos programas y el desarrollo de nuevas estrategias en salud se verân limitados considerablemente.

La inadecuada distribuciòn del recurso humano constituye uno de los mayores obstàculos para el desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud y como resultado la escaces de cierto tipo de personal en algunas àreas geogràficas constituye una amenaza a la operacionalizaciòn exitosa de las polìticas y planes de salud, principalmente en el àrea rural.

La mejor utilizaciòn del recurso humano requiere de la existencia de mecanismos adecuados de reclutamiento, selecciòn, contrataciòn, inducciòn y distribuciòn del mismo.

El proceso de planificaciòn del recurso humano debe basarse en un subsistema de informaciòn de personal que garantice la existencia de un flujo permanente de informaciòn para mejorar el anàlisis y la toma de decisiones en forma permanente.

A continuaciòn se presenta la problemàtica identificada por el personal de la Divisiòn de Recursos Humanos:

Inexistencia de polìticas explìcitas en cuanto al desarrollo de los recursos humanos;

Ausencia de un sistema de informaciòn de recursos humanos;

No se planifica el recurso humano en cuanto al tipo y nûmero, de acuerdo a las necesidades presentes y futuras de salud del paìs;

Falta de un PLAN GENERAL DE TRABAJO del ministerio, pues ûnicamente se enfatiza en proyectos especìficos;

No hay direccionalidad para el desarrollo del recurso humano;

No se cuenta con el suficiente apoyo político para la toma de decisiones concretas en relación al desarrollo del recurso humano.

Insuficiente apoyo técnico y logístico.

Falta de una estructura organizacional descentralizada que sea más funcional;

Ausencia de coordinación intra y extra sectorial para la planificación, formación, capacitación y utilización del recurso humano;

Falta de un plan general de desarrollo del recurso humano.

Ausencia de una sistematización de la capacitación del personal del ministerio;

Inexistencia de un enfoque y establecimiento de mecanismos para una verdadera participación comunitaria;

No existe una correspondencia satisfactoria entre los perfiles ocupacionales y educativos del personal;

No se utiliza adecuadamente al personal;

Escaza supervisión técnica;

Ausencia de un plan de atención al trabajador;

Falta de proyección de la División de Recursos Humanos.

4.1 Información General por Componentes

4.1.1 INVESTIGACION

A la fecha el Ministerio no cuenta con una política explícita de recursos humanos en salud; sin embargo, se realizaron dos talleres con participación multisectorial, uno en marzo de 1984 y el otro en junio de 1985, en ambos se contó con asesoría técnica y financiera de PASCAP, OPS/OMS. Como resultado de ellos se publicó un documento que contiene lineamientos para una política de recursos humanos en salud, pero por diversas razones el proceso no avanzó más.

Desde el primero de los talleres antes mencionados se recomendó:

a. "Realizar investigaciones que permitan identificar la problemática de la plani-

ficación de recursos humanos para plantear alternativas de solución".

b. Diseñar e implementar un subsistema de información sobre recursos humanos que forma parte del Sistema de Información de Salud.

En respuesta a estas consideraciones, la División de Recursos Humanos, inició durante los últimos meses de 1984 el Estudio de Personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Durante 1985 con la colaboración de la Oficina Panamericana de la Salud, el Departamento de Personal de la Dirección General de Servicios de Salud utilizó los resultados del Estudio de la División de Recursos Humanos para establecer una base de datos computarizados que constituiran la primera de dos fases en la implementación del Subsistema de implementación del Subsistema de Información de Personal.

Lamentablemente la segunda fase que pretendía poner en funcionamiento los componentes del archivo histórico de carrera laboral, educativa y acciones de personal, ya no se realizó en aquella oportunidad.

El grupo de trabajo que realizó el estudio de 1984 pasó a integrar el Departamento de Investigación que fue establecido a inicios de 1986, con el propósito de facilitar a la División de información válida, confiable y oportuna que le permita tipificar con mayor precisión la naturaleza de los problemas relacionados con el desarrollo de los recursos humanos y determinar el avance logrado con las acciones realizadas; mediante la coordinación, asesoría, planificación y ejecución de investigaciones.

A la fecha, el Departamento de Investigación ha determinado tres sectores de trabajo: fortalecimiento interno, producción de información, contribución en el desarrollo del área

En cuanto a <u>fortalecimiento interno</u>, se cuenta con un modelo de organización que fue evaluado a los dos años de haber sido propuesto, ha definido políticas de investigación de recursos humanos y áreas prioritarias

a plazo inmediato. Se ha dado inicio a la organización y funcionamiento de un Centro de Documentación especializado en Investigación para la capacitación y actualización del personal que en él labora, se aprovechan las oportunidades de cursos, seminarios, pasantías, además de la capacitación en servicio.

En el sector Producción de Información, el desarrollo de los recursos humanos constituye una de las áreas más importantes para el cumplimiento de las políticas de ampliación de cobertura y desarrollo integral de los servicios de salud. Los problemas que se evidencian en esta área son:

- Discrepancias cualitativas entre la formación y capacitación del recurso humano y el desempeño esperado en los servicios de salud.

- Producción desordenada del personal de salud en el nivel universitario, técnico y auxiliar.

- Contracción progresiva de la demanda y de la capacidad de absorción que afecta a todas las categorías ocupacionales.

- Desequilibrio entre oferta y demanda del personal de salud reflejado en el aumento gradual de desempleo y subempleo.

- Desequilibrio en la distribución geográfica y en las diferentes dependencias además de subutilización del personal de salud.

Se requiere entonces de Investigación Descriptiva y Analítica como apoyo permanente al proceso de desarrollo de recursos humanos para alimentar la toma de decisiones sobre bases objetivas y concretas.

El departamento ha realizado los siguientes estudios e investigaciones:

- Estudio de personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1986 con asesoría técnica y financiera de PASCAP, OPS/OMS.

- Estudio de la Situación Actual del Promotor Rural de Salud en el País, 1987 en coordinación con el Departamento de

Salud Comunitaria y con financiamiento de OPS/OMS.

- Composición y Ocupación de la Fuerza de Trabajo en Salud en el Sector Público, 1989. Asesoría y financiamiento PASCAP-/OPS/OMS. Este es el primero de una serie de tres sobre fuerza de trabajo en salud.

En cuanto a evaluaciones:

- Con asesoría técnica y financiera de PASCAP, OPS/OMS se han realizado dos evaluaciones del Area Prioritaria de Recursos Humanos dentro del PPS/CAP a nivel subregional para las RESSCAP y 1989.

- Se elaboró el perfil del proyecto Evaluación del Componente de Promoción Comunal. UNEPAR. 1987, y acerca de Sistemas de Información, se han elaborado dos directorios:

  - Infraestructura física instalada para formación y capacitación.

  - Especialidades y post-grados del personal del ministerio.

  - En cuanto al Subsistema de Información, durante el segundo semestre de 1988, para el Subsistema de Información de personal, OPS/OMS dotó al Departamento de equipo electrónico de mobiliario de oficina. En la actualidad en coordinación con la Unidad de Informática y el Departamento de Personal, se está iniciando en Cuilapa, Santa Rosa, un Plan Piloto de implementación y funcionamiento del Módulo de personal integrado al Sistema único de Información del Ministerio, el cual una vez demuestre su eficiencia y se obtenga el finaciamiento necesario será generalizado al país.

Para el sector <u>Contribución al Desarrollo del Area</u>, básicamente se está finalizando el documento "Guías Metodológicas del Proceso de Investigación", este material educativo fue elaborado por personal del Departamento.

revisado por expertos y validado. Para su presentación didáctica se obtuvo la asesoría de MSH/AID. Estas guías serán utilizadas para apoyar la realización de ivestigaciones operacionales en los distintos niveles del sitema.

LIMITACIONES

El Departamento de Investigación de Recursos Humanos no cuenta con presupuesto nacional para su funcionamiento, por lo que para la realización de investigación se depende básicamente del financiamiento externo, de manera que los tropiezos en los trámites de financiamiento causan serios problemas para la realización del trabajo del departamento.

Es poca la utilización de la información generada, pues en general, los niveles decisorios no la toman en cuenta para la toma de decisiones.

4.1.2 FORMACION

La formación de personal, auxiliar, medio y superior, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha obedecido a necesidades cuyunturales y no previstas lo cual ha producido categorías de personal independientes, surgidas en momentos diferentes y con enfoques y estilos curriculares diversos. La formación en el ámbito cerrado del Ministerio y su poca relación formativa con otras disciplinas ha limitado su acceso al conocimiento universal y por lo tanto a enfoques que les permitan reflexionar y explicar la realidad guatemalteca para coadyuvar a su transformación.

Unas disciplinas se han desarrollado más que otras, en todas se ha manifestado la necesidad de adecuar los perfiles educativos a los ocupacionales para que respondan a las necesidades de salud de la población y a las políticas del Ministerio. En los últimos dos años se han hecho esfuerzos en este sentido, se han elaborado y validado los perfiles ocupacionales de los técnicos:

- Técnico en Salud Rural
- Inspector de Saneamiento Ambiental
- Técnico en laboratorio clínico

- Tècnico en Rayos X

- Fisioterapista

Por concluirse su revisiòn:

- Enfermeras

- Auxiliares de enfermerìa

Este proceso de trabajo ha evidenciado una serie de problemas entre los que sobresalen:

a) Desconocimiento de àreas prioritarias en la formaciòn de personal;

Ausencia de polìticas de formaciòn de recursos humanos.

Institucionalizaciòn de las carreras dentro del ministerio;

Ausencia de coordinaciòn con otras instituciones formadoras de personal en salud como la Universidad estatal y la Universidad privada;

Deficiente utilizaciòn del recurso formado y absorciòn de personal empìrico.

Insuficientes recursos: humanos, fìsicos, financieros. En el presente año se ha permitido la participaciòn no planificada de los gremios dentro del trabajo tècnico, trasladando o queriendo trasladar la responsabilidad docente a grupos gremiales, lo que ha provocado inseguridad en las instituciones de estado.

Dentro de esta situaciòn, la formaciòn de personal en salud ha continuado y carreras que estaban suspendidas estàn pròximas a reiniciarse: TSR y laboratorio. La primera con ajustes presupuestarios y la segunda sin haber obtenido el presupuesto para funcionamiento.

Por otro lado la educaciòn de enfermerìa ha participado dentro del grupo de disciplinas que componen la Comisiòn de Integraciòn servicios docencia para el àrea Materno Infantil, conjuntamente con Medicina, Nutriciòn, Materno Infantil, Supervisiòn y Recursos Humanos, tratando de conjugar esfuerzos que

favorezcan el estudio trabajo.

Al igual que la Facultad de Medicina, està en el proceso de anàlisis prospectivo y ha conformado un grupo planificado dentro de la etapa de transformaciòn. Este anàlisis prospectivo a permitido a la enfermerìa indentificar sus àreas crìticas y analizarlas a la luz de una planificaciòn estratègica y sugerir acciones que resuelvan los problemas y transformen la educaciòn.

Dentro del grupo planificado participan docentes y personal de servicio, asì como algunas autoridades y asesores de OPS y de PASCAP.

Es deseable que esta experiencia se replique en las otras escuelas formadoras de personal en salud para que se beneficien de una metodologìa democràtica y participativa que persigue alcanzar la meta "Salud para todos en el año 2,000".

4.1.3 DOCUMENTACION

Dentro de la Divisiòn de Recursos Humanos funciona el Departamento de Documentaciòn, el que apoya el proceso de formaciòn y capacitaciòn de los recuros humanos en salud, a travès de un sistema de informaciòn bibliogràfica cientìfico-tècnica actualizada y descentralizada.

La Unidad Central està ubicada y se encuentra funcionando en el edificio de la Direcciòn General de Servicios de Salud, por ser un lugar accesible y constituirse en unidad de apoyo permanente a:

- Programas y proyectos contenidos en el Plan Nacional de Salud,
- Divisiones de apoyo tècnico y otros servicios del Ministerio,
- Centros de investigaciòn, de informaciòn cientìfico-tècnica,
- Centros de docencia y otros que investigan sobre salud,
- Universidades nacional y privadas del paìs.

En los años 1986 y 1988 con apoyo económico de la Oficina Sanitaria Panamericana -OPS-, se capacitaron a 22 encargados de las Unidades Locales de Documentación.

UNIDADES LOCALES DE DOCUMENTACION

En cada Jefatura de Area, con el personal capacitado se han ido implementando esta Unidades, las que prestan atención principalmente al personal de los servicios de salud, personal comunitario y otros, proporcionándoles material bibliográfico actualizado en apoyo a los programas contemplados en el Plan Nacional de Salud.

SUPERVISION

Estas Unidades son supervisadas 2 ó 3 veces al año por personal de la Unidad Central de Documentación, para identificar necesidades de material bibliográfico y brindar apoyo técnico.

COORDINACION

Coordinación a nivel nacional e internacional con:

- SIDREE - Sistema de información, Documentación y Referencias de Educación Extraescolar.
- INCAP - Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.
- Bibliotecas de los Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios.
- Biblioteca de la Facultad de Medicina, USAC.
- BIREME - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

Para intercambiar y difundir material bibliográfico.

5. DISCUSION GENERAL

Con base en la revisión y análisis de las políticas, planes y programas de Gobierno contenidos en los documentos de referencia, y evaluación de las condiciones del desarrollo de los recursos humanos en el país, presentada por el Conse-

jo Técnico de la División de Recursos Humanos del MSPAS, el grupo convocado analizó e identificó áreas críticas y problemas relevantes, que afectan todos los componentes del desarrollo de los RH: planificación-investigación, formación, capacitación y utilización.

La discusión destacó la importancia del desarrollo integral, planificado y permanente del recurso humano en apoyo a la implementación de políticas y logro de metas del sector. Importancia que se refleja en los enormes esfuerzos realizados por el país -con el apoyo de la cooperación externa- para formar y, principalmente, capacitar personal institucional y voluntario.

Sin embargo, también se resaltó que paradójicamente, las acciones realizadas han carecido del impacto deseado, y que la situación de los servicios de salud no refleja la mejoría cualitativa esperada.

Asimismo, hasta la fecha, no hay un ordenamiento, ni direccionalidad, en la planificación del desarrollo cuanticualitativo de los recursos humanos para la salud. Tampoco se han fortalecido las unidades respectivas en las dos instituciones del Sector Público (MSPAS, IGSS), las cuales no están ejerciendo el liderazgo que el Sector demanda.

La poca direccionalidad y coordinación que ofrecen, tanto los niveles políticos como los técnico-normativos en general, y la escasa capacidad de gestión de las unidades de recursos humanos para interpretar e implementar a su nivel -a través de planes estratégicos y normatización apropiada- las políticas macro y específicas de RH de Gobierno, fueron identificadas por el grupo como las principales áreas críticas. Otra, de gran importancia operativa es la capacitación cuyo actual enfoque conceptual y metodológico no satisface las necesidades de cualificación del personal para resolver problemas y mejorar cualitativamente los servicios.

Algunos de los puntos destacados en la discusión se presentan a continuación:

5.1 <u>División de Recursos Humanos del MSPAS</u>

a. La formulación de planes operativos y la toma de decisiones relativas a todos los componentes del desarrollo de la FTS se ven afectadas por el inadecuado flujo de información y el virtual aislamiento entre el nivel político y el técnico (División de Recursos Humanos). En consecuencia las acciones de la Unidad no logran responder ni a necesidades reales, ni a las políticas y metas de salud.

   Una de las consecuencias mas alarmantes es el

surgimiento de mecanismos paralelos, que no resuelven los problemas y si entrañan contradicción y duplicidad de esfuerzos en el desarrollo de los componentes de formación (del personal profesional no universitario, técnico y auxiliar del MSPAS) y capacitación de personal de salud.

De lo anterior se desprende la necesidad de establecer mecanismos de comunicación entre ambos niveles que alimenten las decisiones políticas y que al mismo tiempo refuercen los niveles técnico-normativos, avalen y den dirección a los procesos generados.

b. La División de Recursos Humanos del MSPAS no está cumpliendo con su responsabilidad de ser eje integrador y liderante de la planificación cualicuantitativa de los recursos humanos para la salud, del sector. Es indispensable para cumplir con ese rol contar con el apoyo político y desarrollar la capacidad de gestión. Capacidad que le permita: formular una normatización "flexible" de la formación y capacitación de la FTS; establecer mecanismos de coordinación; y sistematizar el seguimiento y evaluación permanente del desempeño de la FTS, que realimente, actualice y de prospección tanto a la planificación del desarrollo del recurso humano como a la acción normativa.

c. La escasa presencia de mecanismos apropiados de coordinación para la planificación y programación de la formación, capacitación y utilización de personal hace imperioso establecer dichos mecanismos o fortalecer los existentes a fin de aunar los esfuerzos del sector y aprovechar mejor los recursos nacionales y de Agencias externas de cooperación técnica-financiera.

d. La División de Recursos Humanos, con base en el proceso señalado por el MSPAS se está reestructurando, y busca que su nueva organización y funcionamiento sea compatible con las estrategias y metas de la reorganización nacional hacia la descentralización y desconcentración y el fortalecimiento local de los servicios de salud.

Sus nuevos objetivos y funciones enfatizan su papel rector técnico-normativo en la investigación de recursos humanos con enfasis en estudios de la FTS; en la planificación estratégica del desarrollo de la FTS, normatización y dirección de la formación de personal de salud no universitario, conforme lo demanden los planes de salud del país; en la coordinación, monitoría y seguimiento de la cualificación permanente del personal; además

recomendar cuando pertinente la reorientación de la utilización del personal.

5.2 Relativo al componente de planificación:

a. La falta de políticas explícitas y específicas de recursos humanos en salud fue señalada por el grupo como una de las principales determinantes de la insatisfactoria situación en la que se encuentra el área. Sin embargo, la madura reflexión realizada por el grupo identificó que, en dicha situación, ha tenido un mayor peso la falta de voluntad política y técnica para operacionalizar y evaluar las vigentes ya implícita o explícitamente. Se hizo también un recuento histórico de un largo proceso multidisciplinario, intra e inter sectorial promovido por la División, que culminó en una propuesta de políticas de RHS (1982-85) y en la formulación de un Plan de Desarrollo 1986 que no fue llevado a la práctica.

Fue evidente en consecuencia, la necesidad de retomar las políticas globales de recursos humanos y en salud, y promover su implementación, definiendo los planes y estrategias en el corto, mediano y largo plazo.

b. La deficiente planificación es uno de los principales factores del debilitamiento o poca presencia de las unidades de RH. La recuperación de su capacidad de gestión y liderazgo se ve estrechamente vinculada a su capacidad para planificar y ejecutar lo planificado.

Hubo consenso que la planificación de RH debe tener como base estudios e investigaciones del mercado de trabajo, de la FTS, evaluaciones del desempeño, perfiles de participación en salud y otros pertinentes a las áreas prioritarias del plan nacional de salud a fin de dar la base científica necesaria al desarrollo de los RH del sector.

Los estudios e investigaciones realizados por la División de RH, especialmente en evaluación del área; composición y ocupación de la FTS, han merecido el elogio de organismos internacionales. La utilización de los resultados ha sido de tipo informativo y referencial, pero no ha servido para alimentar decisiones para el cambio.

Entre las restricciones para la planificación y la toma de decisiones tiene particular importancia la falta de un subsistema de información de personal de salud, que proporcione un flujo permanente y

actualizado de datos. Los avances logrados son insuficientes.

c. Otro factor de restricciòn del àrea es la corta permanencia de autoridades en los cargos, con su secuela de carga psicològica y paralizaciòn de programas. En consecuencia, los procesos de planificaciòn y programaciòn deben incluir otros niveles que tienen mas estabilidad dentro del sector. Ello darà continuidad a planes y proceso, aunque los niveles directivos cambien.

d. Se considerò tambièn, que el enfoque metodològico que ofrece la planificaciòn estratègica, representa una mejor opciòn para bregar con el desarrollo del personal. Si se sigue usando la normativa deberìan crearse los mecanismos para su revisiòn y readecuaciòn periòdica. En ambos casos es imprescindible la cualificaciòn del personal del àrea.

5.3 Relativo al componente de formaciòn:

a. La reflexiòn alrededor de este componente fue escasa. Se lo vio vinculado a la problemàtica ya referida. Los señalamientos hechos estan orientados a fortalecer el papel rector del MSPAS como coordinador de la formaciòn cuali-cuantitativa de personal de salud, conforme los planes nacionales de salud de mediano y largo plazo.

b. Cabe a la Divisiòn de RH fortalecer los mecanismos de coodinaciòn para la planificaciòn y reglamentaciòn de la formaciòn de personal con universidades, IGSS, ONG's, sub-sector privado y otros. Esto es prioritario por cuanto en ciertas disciplinas se estàn abriendo carreras universitarias que no reflejan el abanico de tipos de personal necesario, pues no se desprenden de estudios de necesidades de personal ni del mercado de trabajo. Tal el caso de los terapistas.

Es importante que las instituciones formadoras de personal de salud, ya sea en el nivel profesional, tècnico o auxiliar, levanten y validen los perfiles ocupacionales y educativos (de los diferentes tipos que componen actualmente la FTS y de los que serìan necesarios para la mejor atenciòn de salud) en la realidad de los servicios y frente a las necesidades prospectivas de salud de la poblaciòn guatemalteca.

Ademàs es importante definir una politica de participaciòn gremial en la definiciòn de los per-

files arriba mencionados, evitando así una ingerencia que vaya mas allà de las necesidades de los servicios y la marginaciòn de los cuerpos docentes. Situaciòn que se ha dado durante el presente año con la anuencia de autoridades.

5.4 Relativo al componente de capacitaciòn:

a. Como ya se indicò esta es una àrea crìtica con una problemàtica compleja, por cuanto en ella intervienen diferentes organismos decisorios, incluyendo principalmente las agencias internacionales que apoyan tècnica y financieramente proyectos y programas de salud.

La capacitaciòn en lugar de seguir siendo una fuerza cualificadora e impulsora de cambios , ha pasado a ser considerada como una actividad adicional que distrae la entrega de servicios a los usuarios; por cuanto, en el caso del personal de centros y puestos de salud representa su ausencia para concurrir a los lugares de entrenamiento.

b. La ausencia de planes de capacitaciòn con base en diagnòstico de necesidades para la resoluciòn de problemas y la falta de coordinaciòn representa, que en los ùltimos dos años las capacitaciones se tipifiquen como aisladas, verticales que no necesariamente responden a las necesidades locales, son actividades repetitivas en cuanto a contenidos programàticos, enfoque pedagògico tradicional, recurso y audiencia.

Hay que agregar la deficiente selecciòn del personal, su concentraciòn en ciertas disciplinas y cargos, la atomizaciòn en especializaciones y que carecen de seguimiento.

Si bien la situaciòn planteada es desalentadora, - ya que coincidentemente hay consenso de su poco impacto en la cualificaciòn y motivaciòn del personal y sobre todo en la problemàtica de salud- ya se han iniciado algunos esfuerzos para su reordenamiento, coordinaciòn, control y descentralizaciòn.

Dentro de esas medidas son importantes: el enfoque estratègico de educaciòn permanente, la integraciòn docente asistencial,y la educaciòn en servicio con eje en el trabajo cotidiano.

c. Las becas son un problema que a juicio del grupo debe ser debidamente atendido, para que que obedezca a un plan de preparaciòn y utilizaciòn subsecuente del personal y deje de ser en muchos

casos una prebenda política, que beneficie a todo el sector y no sólo al MSPAS. También debe definirse quién es la dependencia responsable y los mecanismos de selección. Es necesario que dentro de los mecanismos para la adjudicación de las becas la cooperación técnica tenga una participación comprometida. Hasta el momento ha estado al margen de los comités de becas. El conocimiento que tienen los consultores de los candidatos, frente a los perfiles de beca, debe canalizarse y dar paso a los convenios que así lo establecen.

d. El grupo consideró que sería conveniente evaluar la unificación de un sistema único de capacitación del sector que optimice el uso de los recursos nacionales y de la cooperación externa.

5.5 Relativo al componente de utilización:

a. No hay criterios compartidos entre las distintas dependencias e instituciones del sector sobre el concepto y aspectos que integran este componente. Se reconoce su importancia, pero no se le ha dado el tratamiento adecuado a fin de optimizar la contribución del recurso humano disponible. Se tiene conciencia que el personal debe ubicarse en el puesto correcto para aprovechar la alta inversión que supone su formación y capacitación.

b. Se consideró que debe ser responsabilidad de las unidades de RH, normar y recomendar lo concerniente a la mejor utilización del personal, en estrecha comunicación y coordinación con las otras dependecias relacionadas con la administración y planificación de personal (departamentos de personal, unidades de planificación y otras.

6. Revisión de la cooperación técnica OPS/PAIS en el Area de RECURSOS HUMANOS en el período 1986 - 1989.

La revisión abarca los principales grupos de actividades involucrados en la cooperación técnica, dentro de los componentes programáticos del **Area de Recursos Humanos** (ARH) en salud. Advertencia que es necesaria hacer porque todas las áreas prioritarias que han sido objeto de la evaluación conjunta también programan y ejecutan actividades de desarrollo del recurso humano , ya a través de becas, movilización de recursos, eventos capacitantes y otros. Acciones, que no necesariamente obedecen a una programación conjunta, ni se guián por enfoques pedagógicos y metodológicos, coordinados por el Area de Recursos Humanos.

El accionar del **Area de Recursos Humanos** está determinado

tanto por las directivas y prioridades de OPS/OMS a través de los programas regionales, particularmente del Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá, PASCAP, como por las políticas de salud de Guatemala, que se ejecutan en programas nacionales de cooperación definidos entre la Representación local de OPS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Las políticas de salud del país también confluyen en sus aspectos relevantes, en propuestas de trabajo con el Plan de Prioridades en Salud de Centro América y Panamá (PPS/CAP), que a partir de necesidades propias de cada país miembro identifica necesidades comunes en la Reunión de Ministros de Salud y Gerentes de Seguridad Social de Centro América y Panamá (RESSCAP).

En todos esos programas de salud, regionales, nacionales o los originados en el Plan de Prioridades , se destaca un componente común: **el desarrollo de los recursos humanos en salud.** Por ello las acciones de cooperación técnica de la Representación responden a directrices definidas por la Organización en los siguientes programas: a. Coordinación y Políticas; b. Administración de Recursos Humanos; y c. Formación y Capacitación.

El Area de Recursos Humanos, desde el segundo semestre de 1988, siguiendo para ello los lineamientos de PASCAP/OPS, organiza sus actividades con base a cuatro "ejes estratégicos". Cada actividad del programa de cooperación es sistematizada dentro de uno de estos ejes, a partir de sus más importantes objetivos. Estos ejes son los que se utilizan para analizar la cooperación en el período en mención.

PRIMER EJE:

POLITICAS, PLANIFICACION, CAPACITACION AVANZADA Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Definición: Este eje incluye las siguientes líneas de acción:

A) Apoyo al fortalecimiento del MSPAS como líder en la planificación y desarrollo de recursos humanos para la salud y el reforzamiento administrativo-operativo de las unidades de Recursos Humanos. B) Cooperaciónal desarrollo sistemas de administración de recursos humanos y de susbsistemas de información pertinentes.

Actividades

1986

- Apoyo para diseñar e implementar un modelo de planificación de recursos humanos para corto y mediano plazo; y definir estrategia de integración docente asistencial.

- Taller -multiinstitucional- para establecer requerimientos de personal de salud conforme metas y politicas de salud.

- Apoyo para elaborar el diagnòstico (procesamiento) del personal del MSPAS.

1987

- Apoyo para el desarrollo institucional de la Unidad de Recursos Humanos del MSPAS;

- para diseñar e implementar proyecto de adiestramiento gerencial para cargos de jefatura, del sector;

- para institucionalizar modelo metodològico de planificaciòn.

- Seminarios para coordinar la ejecuciòn de Plan Nacional de Capacitaciòn.

- Apoyo para establecer en el MSPAS subsitemas de informaciòn de: personal con potencial y calificado en RHS; las actividades de formaciòn y capacitaciòn (registro, monitoreo etc); la capacidad fìsica instalada para docencia.

1988

- Apoyo al desarrollo institucional de la Unidad de Recursos Humanos del MSPAS y Escuela de Salud Pùblica.

- Presentaciòn de perfil de proyecto sobre el Instituto Nacional de Salud Pùblica.

- Apoyo para implentar (seguimiento) el subsistema de informaciòn de personal de salud.

- Participaciòn de funcionarios de RH en seminario regional de planificaciòn estratègica de RH.

1989

- Apoyo a los procesos de planificaciòn estratègica y capacitaciòn gerencial;

- al subsistema de informaciòn de Recursos Humanos;

- al departamento de Docencia e Investigaciòn del IGSS; y al desarrollo del proyecto: Instituto Nacional de Salud.

- Evaluación sobre Area de RH del PPS/CAP.

SEGUNDO EJE:

RECURSOS HUMANOS EN APOYO A LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACION Y A LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.

Definición: este eje estratègico incluye:

A) Desarrollo de políticas y mètodos basados en la estrategia de descentralización. B) Desarrollo de modelos para la educación en servicios desconcentrada. C) Articulación operativa de las Unidades de Planificación, de Recursos Humanos y de Atención Mèdica.

Actividades:

1986

- Capacitación: de docentes de escuelas de tècnicos medios, de formación de voluntarios y mèdicos de hospitales.

- Taller para la revisión de materiales educativos para personal voluntario;

- para la implantación y evaluación de progresos de sistema de educación permanente en tres areas de salud.

- Capacitación en educación para la salud de personal a nivel aplicativo y del Depto de educación para la salud.

- Realización de tres proyectos de educación para la salud.

- Formación de personal voluntario y comadronas.

1987

- Capacitación de personal de jefaturas de areas en investigación-acción de personal voluntario de àreas de salud de docentes en didàctica.

- Fortalecer el sistema de educación permanente en 3 areas de salud.

- Talleres de tecnología educativa para mèdicos docentes.

1988

- Apoyo a: programas de educación continua formación y capacitación de personal voluntario y al proceso de educación permanente en el IGSS de acuerdo a

propuesta de MSPAS.

1989

- Talleres de Metodologia participativa en apoyo a los procesos locales de educaciòn permanente.

- Apoyo a procesos de desarrollo y reorganizaciòn curricular en las escuelas de tècnicos medios de MSPAS.

TERCER EJE:

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS, TECNOLOGIAS E INSUMOS INNOVADORES PARA EL APRENDIZAJE EN LOS SITIOS DE TRABAJO.

Definiciòn: este eje estratègico comprende:

A) El desarrollo de mètodos participativos de aprendizaje, especialmente dentro del perfil de actuaciòn de los SILOS. B) Apoyo al desenvolvimiento de la participaciòn comunitaria en los procesos de educaciòn en salud. C) Contibuciòn al desarrollo de la programaciòn educativa local y de la evaluaciòn del correspondiente que hacer.

Actividades:

1986

- Capacitaciòn en salud pùblica a equipos de salud.

- Estudio de necesidades de informaciòn en la biblioteca de la DGSS y àreas de salud; organizaciòn y manejo de unidades locales de documentaciòn.

- Producciòn de material educativo para personal en servicio y comunidad.

1987

- Apoyo al centro de documentaciòn de R.H.

- Apoyo al INDAFS para formaciòn de tècnicos medios.

- Evaluar y apoyar el sistema de autoeducaciòn dirigida para auxiliares de enfermerìa.

- Elaboraciòn de sonoviso profesional y educativo.

1988

- Apoyo a la formaciòn de personal de enfermerìa y definiciòn de perfiles ocupacionales de carreras

tècnicas del MSPAS y al departamento de documentaciòn de la unidad de recursos humanos del MSPAS.

1989

- Talleres de apoyo al desarrollo de la Escuelas Tècnicas (RX,LAS,INDAPS) del MSPAS.

- Talleres de apoyo a la implementaci'Hon del Plan de Acciòn resultante de estudios prospectivos de las Escuelas de Enfermeria.

- Apoyo a los procesos de capacitaciòn gerencial.

- Apoyo al desarrollo de los Centros Docentes de Area y hospitalarios.

CUARTO EJE:
MOVILIZACION DE RECURSOS HUMANOS Y COORDINACION INTERAGENCIAL.

Definiciòn: este eje estratègico incluye principalmente:

A) La contribuci'Hon a la implementaciòn y consolidaciòn de mecanismos de cooperaci'Hon tècnica entre los paises de la subregiòn centroamericana y Panamà. B) El estimulo a la producciòn cientifico-tècnica en el paìs. C) El apoyo a la coordinaciòn inter-agencial.

Actividades:

1986

- Estudio de oferta y demanda de personal tècnico medio del MSPAS

- Becas para maestrias en salud y administraciòn hospitalaria.

1987

- Estudio de evaluaciòn (propuesta)del desempeño del personal del MSPAS y voluntario; y de la FTS.

1988

- Investigaciòn de las caracteristicas de la oferta y utilizaciòn del personal mèdico en Guatemala. Estudio de la FTS ; y estudios prospectivos de las escuelas de medicina y enfermeras.

1989

- Beca licenciatura en enfermería.

- Investigación en participación comunitaria.

La asistencia técnica directa y apoyo administrativo para talleres y seminarios son las modalidades de cooperación técnica privilegiadas durante el período en estudio. El área contó con asesoría permanente ejercida por consultores nacionales. Durante este tiempo, cuatro profesionales han desempeñado el cargo. También se ha contado con consultores de corto plazo en aspectos específicos. La asesoría dada por el Programa de Recursos Humanos de la Oficina Central y PASCAP, en la formulación de políticas, estudios prospectivos capacitación en tecnología educativa y educación permanente ha sido importante.

7. Revisión de la Guía de Evaluación y Aplicación de la Misma

Después de la revisión de las principales actividades de la programación de la cooperación técnica para el período (1986-1989), se cuestionó que la misma no evidencia una secuencia lógica. Que lo presentado corresponde a lo programado y que en algunos aspectos no coinciden con lo ejecutado. Lo cual fue explicado en dos sentidos: decisiones cambiantes en ausencia de planes y capacidad de ejecución de lo programado; o nuevos objetivos que derivan de nuevas necesidades. Para el grupo fue preocupante la situación visualizada por cuanto muchos procesos que se han iniciado, como el caso de la formulación de políticas carecen de seguimiento para implementación.

Es contributorio a esa situación que a menudo la cooperación técnica se distorsiona, con responsabilidad de ambas partes. Estilos de consultoría o bien intereses de las agencias en ausencia de lineamientos y planes conjuntos se ven como principales causas.

Se observan además anomalías en la administación del conocimiento, tanto en la difusión como en la utilización con una responsabilidad compartida entre país y la cooperación técnica misma. Estudios e investigaciones, conceptos y métodos no reciben la divulgación e interpretación necesaria que asegure su aplicación a diferentes niveles, disciplinas y sectores. Tal es el caso de los estudios de FTS y evaluaciones, donde la cooperación podría apoyar su utilización en los niveles decisorios.

Generalmente, en la programación de la cooperación técnica es muy limitada la participación de los nacionales, con la consiguiente falta de seguimiento en la ejecución. Factor que influye en el desperdicio de recursos y atraso en la

realizaciòn de los actividades programadas. Se considera necesario que en dicha tarea participen todos aquellos nacionales que tienen responsablidad ejecutora de las actividades derivadas del APB.

Dado que en el Sector Salud varias agencias estan apoyando el desarrollo del recurso humano, particularmente en capacitaciòn; y el poco impacto que dichas capacitaciones han tenido en el mejoramiento de la problemàtica de salud: eventos aislados, verticales, repetitivos, etc., atados a los intereses agenciales. Es urgente que esta situaciòn se corrija y que el paìs junto, con OPS pueda, jugar un rol importante: mediando y coordinando con las otras agencias y propiciando su propia coordinaciòn interna.

Ya se dijo que la cooperaciòn tècnica ha apoyado procesos tales como la formulaciòn de polìticas, pero estas ni fueron aprobadas ni implementadas inmediatamente, por la poca capacidad de gestiòn que ha desarrollado las unidades de Recursos Humanos del Sector, por la ambiguedad de las polìticas mismas, y las cambiantes autoridades.

La deficiente planificaciòn, entre otros, ha provocado el debilitamiento de la capacidad de gestiòn del sistema, y de la Divisiòn de Recursos Humanos en particular. Situaciòn que no ha sido posible superar aun contando con la cooperaciòn tècnica. Es necesario explorar nuevos enfoques, modelos y estrategias de planificaciòn, papel que la OPS , mejor que ninguna otra agencia puede desempeñar.

Se analizò tambièn que la introducciòn e implementaciòn simultànea de varias "ideas fuerza", sin dar el tiempo suficiente para apropiarlas, ha provocado desfases en su desarrollo y confusiòn en el personal y en la poblaciòn. Aspecto que podrìa ser facilmente corregido, por un lado con la programaciòn conjunta, y por el otro haciendo uso de enfoque de educaciòn permanente y de la integraciòn docente-asistencial.

Tomando como punto de partida la problemàtica o àreas crìticas identificadas, se debe tipificar el tipo de consultorìa requerida para superarlas.

Se necesita un nuevo tipo de compromisos tanto de la cooperaciòn tècnica como de los distintos niveles del sector para introducir y lograr los cambios necesarios.

8. CONCLUSIONES

La cooperaciòn al igual que el sistema de salud del paìs se presenta incoherente y atomizada, particularmente en el àrea de capacitaciòn, y mecanismos para la adjudicaciòn de becas. Los consultores programan por separado con las contrapartes nacionales, lo que da como resultado programaciones verti-

cales. aisladas, que desperdician esfuerzos (por mùltiples actividades que no necesariamente responden a las necesidades locales, ni a lineamientos concretos y prospectivos).

Esta estructura de la cooperaciòn se convierte a menudo en obstàculo de la misma cooperaciòn. Por ejemplo procesos e ideas fuerza que se incorporan a la dinàmica de los servicios, y a los cuales se les da una direccionalidad de acuerdo a las pollticas del pals, y a sus requerimientos de desarrollo se ven frenados por la propia cooperaciòn, tal es el caso de la Educaciòn Permanente. Este proceso se ha visto frenado en parte por el tallerismo de los diferentes programas que al no tomar en cuenta el enfoque y direccionalidad del proceso impide su propio desarrollo o lo dificulta. Generalmente las capacitaciones no parten de una programaciòn conjunta que nace de necesidades derivadas del contexto y detectadas en los niveles locales, sino mas bien se originan de necesidades instituidas a nivel central.

RECURSOS

Los recursos asignados al Area Programàtica de Recursos Humanos son escasos en comparaciòn a otras àreas, a pesar de que se reconoce la importancia primordial del recurso humano. Sin embargo, si se suman los recursos que tienen las otras àreas programàticas en este renglòn resulta enorme, y subraya la importancia de partir de una programaciòn conjunta para hacer del desarrollo del personal (su cualificaciòn) una fuerza tranformadora de los servicios.

CAPACIDAD DE ASIMILACION DE LA COOPERACION.

La capacidad de asimilaciòn de la cooperaciòn, o el nuevo perfil de la cooperaciòn depende de:

LO NACIONAL:

Como ya se ha descrito se ve limitada en razòn de las restricciones de la estructura del sistema de salud , la poca estabilidad en los puestos de direcciòn, mas que por la preparaciòn misma del personal nacional.

LA OPS:

Al brindar una cooperaciòn poco integrada, influida por los estilos personales de consultorla y no por programas conjuntos, dificulta la capacidad de asimilaciòn, pues reproduce la pràctica organizativa del sistema de la instituciòn nacional y no induce (objetivo principal de la cooperaciòn), los cambios en dicha practica.

EL PERFIL DE LA COOPERACION EN EL AREA PROGRAMATICA DE RECURSOS HUMANOS.

El perfil es muy simple y compromete hipòtesis de trabajo :

Si la cooperaciòn tècnica parte de una planificaciòn estratègica y una programaciòn conjunta (consultores), habrà una mayor disponibilidad y mejor utilizaciòn de los recursos para desarrollo del personal de salud.

Si el desarrollo del personal tiene direccionalidad (que le da la planificaciòn) y se privilegia su capacitaciòn descentralizada (proceso de educaciòn permanente), se producirán los cambios cualitativos en los servicios, y las àreas programàticas lograrán las metas de apoyo.

Si la programaciòn de la cooperaciòn es un proceso participativo, asì como su seguimiento y evaluaciòn, tanto nacionales como consultores incrementaran sus capacidades de gestiòn, liderazgo del sector y compromiso con las metas y polìticas.

A continuaciòn se incluye el aporte del Area de Investigaciòn en Salud, elaborado por la Unidad de Investigaciòn en Salud (UNIS).

La Investigaciòn Cientìfica genera en el transcurso del tiempo un cuerpo ordenado y sistemàtico de conocimientos sobre la realidad empìrica.

La Salud Pùblica como parte de las ciencias de la salud deberà imprescindiblemente utilizar la Investigaciòn Cientìfica para llegar al conocimiento de los problemas sanitarios y asì resolverlos de manera sistemàtica y definitiva; para contribuir al bienestar y desarrollo integral del pais.

En el año de 1986 en Antigua Guatemala se realizò un Taller sobre: "La Investigaciòn en Salud en Guatemala"; en este se emitieron conclusiones y recomendaciones para el Ministerio de Salud Pùlica y Asistencia Social, las cuales fueron:

1. Formular las polìticas nacionales de Investigaciòn en Salud; y un Plan Nacional de Investigaciòn en Salud con participaciòn multi-institucional.

   Crear el Organismo de Direcciòn y Orientaciòn para la Investigaciòn Institucional a nivel Nacional; y el de Coordinaciòn Institucional que se constituya en cabeza de un Sistema Nacional de Investigaciòn en Salud.

   Promover la Investigaciòn y capacitar el Recurso Humano para dicha actividad y tomar la decisiòn polìtica y financiera para apoyar la Investigaciòn.

   En el año 1987 especìficamente en julio se aprobò la creaciòn de la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud por acuerdo Ministerial SPM-66-87 (Anexo No. 1); en 1988 se realizò el "II Seminario-Taller de Investi-

gaciòn en Salud en Guatemala". En èste se proponen las Politicas Nacionales de Investigaciòn en Salud, se sugieren estrategias a corto, mediano y largo plazo y además se plantean las àreas prioritarias para la Investigaciòn.

En 1989, se logra presupuesto para la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud (UNIS), (partida No. 4 Despacho Ministerial) y se elabora propuesta de un capitulo para el còdigo de Salud, "Del Fomento de la Investigaciòn", para que sea incluido en la revisiòn que realiza la Direcciòn General de Servicios de Salud del decreto del Congreso 45-79.

2. Evaluaciòn de la Cooperaciòn Tècnica de OPS/OMS para el àrea de Investigaciòn en Salud.

2.1 SUJETO DE EVALUACION

Cooperaciòn tècnica de OPS/OMS a la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud.

2.2 DESCRIPCION

Conocido el sujeto de evaluaciòn describimos a continuaciòn la cooperaciòn recibida por la OPS/OMS de 1986-1989. Aunque en el año de 1986 no existìa la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud, es importante hacer menciòn la cooperaciòn y participaciòn del programa regional de investigaciones de OPS/OMS en el I Taller sobre la Investigaciòn en Salud en Guatemala. En el año 1987 coopera y participa en II Taller de Investigaciòn en Salud en Guatemala.

En el año 1988, OPS/OMS destina fondos a la Unidad para contratar los servicios profesionales de un Mèdico por un año para desarrollar actividades tècnicas y en 1989, no se ha recibido ningùn apoyo.

En el Documento "Evaluaciòn Conjunta de la Cooperaciòn Tècnica OPS/OMS-paìs" agosto de 1989; en el anexo No. 6 "Proyectos desarrollados por la Cooperaciòn Tècnica en Recursos Humanos e Investigaciòn"; se refiere cooperaciòn especìfica a tòpicos de Investigaciòn pero estos han sido canalizados por la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud.

Se propone entonces una planificaciòn de alto nivel de la Cooperaciòn Tècnica de OPS/OMS, por cinco años de acuerdo al perìodo polìtico de Gobierno; esta planificaciòn no debe ser cambiada, solo cuando haya algunos ajustes por la evaluaciòn de proceso y/o impacto.

La Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud, ha recibido apoyo en coherencia con las necesidades nacionales; en primer lugar al plantear necesidades de polìticas en el I Taller y en el segundo en concretizar las Polìticas de Investigaciòn en Salud para el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social y la propuesta de estrategias a corto, mediano y largo plazo, asì como el planteamiento de àreas prioritarias.

El aporte en Recursos Humanos, apoyò en 1988 a la estructuraciòn de la Unidad.

En cuanto a formaciòn de Recurso Humano para la Unidad, no ha existido hasta el momento apoyo.

La generaciòn de acciones administrativas han sido constantes y ùltimamente OPS/OMS ha manifestado su interès organizando una "Mesa Redonda sobre la Investigaciòn en Salud en Guatemala". Esto apoya la idea de que se manifiesta inquietud hacia resolver los problemas de salud del paìs.

Las restricciones son obvias cuando la organizaciòn cambia de direccionalidad constantemente, se manifiesta en una administraciòn y utilizaciòn de los recursos en forma desordenada, en lo referente a la cooperaciòn externa, esto sucede con la Direcciòn General de Servicios de Salud.

La cooperaciòn ha sido para el caso de la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud quizàs por su reciente creaciòn, o por la misma crisis administrativa, pero es congruente.

Existe cooperaciòn en Investigaciòn para Divisiòn de Recursos Humanos y para algunos departamentos de otros sectores como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; no habiendo ninguna coordinaciòn ni canalizaciòn, para lograr una relaciòn inter-sectorial satisfactoria con el fin de establecer congruencia en la concretizaciòn de las polìticas propuestas y adoptadas por el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social.

2.2.1 Propuestas de Planificaciòn

2.2.2 Planificaciòn de la Cooperaciòn de Salud Pùblica Tècnica de OPS/OMS con el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social (de alto nivel) por 5 años, congruente al perìodo de gobierno.

Para la Planificaciòn deberà estar pre-

sente la Direcciòn General de Servicios de Salud, Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud, Divisiòn de Recursos Humanos y la Unidad Sectorial de Planificaciòn, como parte del Despacho Ministerial.

2.2.3 Propuestas de Cooperaciòn Tècnica

Asesorìa para implementaciòn, nuevas metodologìas para la Investigaciòn Operativa.

Asesorìa para apoyo a la Unidad para concretizar politicas de Investigaciòn a todo nivel.

2.2.4 Becas de Estudio para Investigaciòn en Salud

Observaciones a Unidades de Investigaciòn en otros paises como apoyo al fomento de la coordinaciòn interpaises.

Apoyo para la creaciòn de un Instituto Centroamericano y Panamà para Investigaciones conjuntas en Salud.

Propòsito: "Formar masa critica en problemas de Salud Centroamericanos".

ANEXO 1

Se incluye parte del Acuerdo Ministerial, expedido en julio de 1987, para crear la Unidad Nacional de Investigaciòn en Salud:

DE LA UNIDAD NACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD:

Se define a la investigaciòn como: El proceso fundamental para la producciòn de conocimientos a travès de actividades y procedimientos sistematizados que permitan conocer la realidad del proceso psicobiosocial del binomio salud-enfermedad, para poder transformarla utilizando metodologìa y tecnologìa apropiada;

Se crea la Unidad de Investigaciòn Salud-Enfermedad como el organismo coordinador, planificador, programador, normatizador, supervisor y evaluador de los Proyectos de Investigaciòn en el àmbito nacional con sentido interdisciplinario hacia la bùsqueda de soluciones viables para los problemas que se presentan al enfrentar el proceso Salud-Enfermedad.

Se entiende por Unidad de Investigaciòn, la estructura tècnico-administrativa y cientìfica que organiza sus funciones bajo su propia direcciòn y responsabilidad, respetando las polìticas del Ministerio del Ramo, coordinando acciones de investigaciòn, dentro del sector y entre sectores, que tengan relaciòn con el proceso Salud-Enfermedad.

Las acciones del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social deben conducir a crear el ambiente propicio y los mecanismos, para que se pueda llevar a cabo los proyectos de investigaciòn que el Ministerio formule de acuerdo a sus prioridades.

Para fines administrativos y operacionales, existirà en el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, la Unidad de Investigaciòn con los siguientes niveles de coordinaciòn y fomento de la investigaciòn:

Unidad de Investigaciòn,

Comisiòn de Investigaciòn,

Centros de Investigaciòn.

FUNCIONES ESPECIFICAS DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

a) Definir polìticas y estrategias, asì como establecer los Programas de Investigaciòn para el Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, evaluado estos periòdicamente.

b) Elaborar un registro de Investigaciones, propuestas y en proceso en el país, a fin de ofrecer a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por intermedio de esta Unidad, asesoría, financiamiento y supervisión.

c) Establecer el presupuesto de funcionamiento de la Unidad que responda a las necesidades de Investigación del país, el cual será financiado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

d) Destinar los fondos necesarios para desarrollar Proyectos de Investigación de acuerdo a las prioridades socio-epidemiológicas, Biológicas y Técnico-operativas.

e) Los proyectos de investigación serán efectuados por las Unidades Ejecutoras afines al proyecto respectivo, asesoradas y supervisadas por la Unidad de Investigación, quien controlará la ejecución presupuestaria.

f) En dado caso no haya una Unidad Ejecutora específica para efectuar determinado Proyecto de Investigación; la Unidad de Investigación podrá crear la infraestructura que permita la ejecución del mismo.

g) Todos los Programas de Salud que se realicen con financiamiento Estatal o con fondos de Agencias Internacionales, deberán contemplar un componente de investigación de línea basal o de diagnóstico preliminar paralelo a su ejecución.

h) Otras actividades producto del mismo desarrollo y que no estén contempladas en este Acuerdo y que sean de su incumbencia.

EL CONSEJO TECNICO DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION:

Está conformado por el Director o Jefe de la Unidad quien presidirá y los responsables de los Centros de análisis, supervisión, presupuesto y cómputo.

La Comisión Nacional de Investigación estará conformada por todos los representantes de cada una de las Unidades, Centros o Departamentos que efectúen investigaciones en salud en el país, básicamente las Unidades Académicas (Medicina, Odontología, Psicología, Veterinaria, Economía, Agronomía, Trabajo Social, etc.) de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

CENTROS DE INVESTIGACION:

Se entiende por Centro de Investigación, toda aquella institución dentro del Sector Salud o fuera de él que desarrolle un Proyecto de Investigación, tomando en su organización la persona o personas responsables del mismo.

a) Cada Centro de Investigaciòn contarà con su infraestructura y estructura administrativa de acuerdo a sus recursos.

b) Todos los Departamentos, Unidades, Areas de Salud o Centros de Salud pueden y deben desarrollar proyectos de investigaciòn lo que automàticamente les darà categoria de Centros de Investigaciòn.

c) Los Centros de Investigaciòn seràn temporales o permanentes, dependiendo de la obra a ejecutar.

d) Los Centros de Investigaciòn deberàn respetar las politicas y las normas emanadas de la Unidad de Investigaciòn.

Articulo 10o: Tanto la Unidad, la Comisiòn y los Centros de Investigaciòn, elaboraràn su Reglamento Interno que regirà su funcionamiento.

Articulo 11o: El presente Acuerdo entrarà en vigor al dia siguiente de su publicaciòn en el Diario Oficial.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
MANTENIMIENTO
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante los días 25 y 26 de julio de 1.989.

Guatemala, julio - agosto de 1.989.

Mantenimiento.

Participantes:

Dr. Orlando Aguilar	OPS/OMS
Dr. Juan José Arroyo	DGSS
Dr. Francisco Chinchilla	IGSS
Ing. Carlos Gonzalez	OPS/OMS
Dr. Eduardo Guerrero	OPS/OMS
Dr. Julio Roberto Kestler	HOSPITAL GENERAL SJDD
Ing. Byron Lucas	MSPAS
Lic. José María Marín	OPS/OMS
Lic. Armando Melgar	OPS/OMS
Sr. Ronald Moreno	IGSS
Licda. Mirna Reyes de Garcia	MSPAS
Lic. Omer Robles	OPS/OMS
Ing. Ever Sanchez	MSPAS

Moderador: Ing. Miguel Angel Godinez

Relator: Ing. Apolo Carranza

Consultor: Ing. Humberto Alfonso
Ing. Carlos Gonzalez

Este informe fué elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideración de la Reunión de Evaluación Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE MANTENIMIENTO.

1986 - 1989

1. Propósito.

1.1 Evaluar la cooperación técnica recibida por el país en el área de Mantenimiento, proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar líneas de acción para la cooperación técnica a recibir en el futuro.

2. **Problema.**

En 1988, los hospitales produjeron 730,103 consultas programadas y 478,096 consultas de emergencia. En cuanto a los egresos, se produjeron 219,576 en 1985, 224,260 en 1986 y 219,743 en 1987. El 22% de los egresos correspondió a Medicina General, el 16.93% a Cirugía, el 17.70% a Pediatría, el 38.60% a Ginecoobstetricia, el 4.77% restante a crónicos y otros.

En los hospitales se observó un 55% de ocupación, un promedio de estadía de 6 días y un giro de 35.8 pacientes por cama. El costo promedio por cama ocupada fue de Q. 36.74.

La red de servicios está constituida por 785 puestos de salud, 188 centros de salud, tipo "B", 32 centros de Salud tipo "A", y un total de 35 hospitales de distrito, de área, regionales y nacionales. Estos servicios están organizados en 24 Areas de Salud y éstas en 8 regiones. En el enfoque progresivo de SILOS el territorio-población de un sistema local ha coincidido hasta ahora con el Area de Salud.

En sus 35 hospitales, el Ministerio de Salud Pública, tiene 8,035 camas, el 42% de las cuales están ubicadas en el Departamento de Guatemala. Además existen 300 camas en los centros "A". En 1986, el Instituto de Seguridad Social, contó con 2,332 camas en 75 establecimientos entre hospitales, consultorios, puestos de primeros auxilios y servicios contratados. Las Fuerzas Armadas, tienen 500 camas y el sector privado que se ha expandido en los últimos años, reúne unas 2,500 camas.

El equipo biomédico de los establecimientos de salud adolece de mantenimiento adecuado y se caracteriza por

una diversidad de marcas comerciales que dificulta y encarece su administraciòn especialmente en lo que se refiere a la obtenciòn de "repuestos". Los servicios carecen de personal capacitado para el mantenimiento. El 33% del equipo de radiodiagnòstico de los hospitales es fijo; el 28% es mòvil y el 16% es para odontologìa. Fuera del hospital, los centros de tipo "B" concentran la mayor proporciòn del equipo de radiodiagnòstico para odontologìa, 36.14%. Los hospitales y los centros tipo "A", reunen el 90% del equipo bàsico de laboratorio en proporciones semejantes.

3. Revisiòn y anàlisis de las polìticas, planes y programas de Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relaciòn con el àrea de Mantenimiento.

3.1 Polìtica de mantenimiento del Plan de Gobierno Demòcrata Cristiano.

- Ampliaciòn y fortalecimiento de la red hospitalaria por departamentos.
- Construcciòn de centros de salud en todos los municipios de la Repùblica.
- Instalaciòn de puestos de salud en todas las aldeas de la Repùblica.

3.2 Plan de Salud (1987 - 1991).

Polìtica de desarrollo institucional y administraciòn del sector.

Reviste caracterìsticas intersectoriales en la cual el Estado busca superar los problemas a corto plazo y modernizar la administraciòn pùblica, mediante un plan de actividades concertadas y dirigidas a mejorar la capacidad operativa de las entidades ejecutoras de los programas prioritarios de trabajo. Para mejorar la eficiencia y eficacia en el funcionamiento del sector pùblico, sobre todo en la prestaciòn de servicios de poblaciòn.

Se propugnarà por el mejoramiento de la capacidad operativa, la descentralizaciòn econòmica y administrativa, la preparaciòn de recursos humanos para la eficiente ejecuciòn de los programas y proyectos, la regionalizaciòn tecnològica y operativa, el establecimiento de los mecanismos de coordinaciòn y de acciòn integral intra y extrasectorial.

Política de infraestructura física del sector salud.

Con lineamiento básico, acorde a los requerimientos del desarrollo productivo y social del país, sus acciones básicas deberán ajustarse a las necesidades más ingentes de la población guatemalteca, para beneficio especialmente de todos aquellos sectores sociales que históricamente no han alcanzado las condiciones mínimas de bienestar.

Las acciones de esta política se orientan a mantener en buen estado los edificios y equipo del Sector, mediante la reposición, remodelación, reparación y mantenimiento. Los proyectos de desarrollo de la infraestructura física deberán estar acordes con programas locales, regionales y nacionales definidos, evitando la ejecución de obras que conllevan a instalaciones médicas innecesarias y que no estén acordes con el desarrollo productivo y social del país.

Fortalecimiento de la capacidad física instalada mediante la recuperación, remodelación y mantenimiento de edificios y equipo para evitar su deterioro.

Las actividades que se llevarán a cabo son:

1. Evaluación de la capacidad instalada en relación a las estrategias y al plan de extensión de cobertura, desarrollándose esquemas de evaluación y análisis y selección de alternativas, para la recuperación y adaptación de instalaciones y equipo.

2. Revisión y ajuste del plan de inversiones a través de: Inventario y análisis de proyectos de inversión existentes, análisis de producción y cobertura de grupos humanos del sistema; análisis de distribución espacial y de dinámica de la población; estudios de localización, funciones y tipificaciones de equipos tomando en consideración al Sistema de Regionalización Funcional adoptado; estudios sobre soluciones arquitectónicas y establecimiento de alternativas funcionales en base a tecnología que maximice la eficiencia y productividad de las inversiones, y la aceptación por parte de los grupos humanos, a quienes se piensa servir; programación de la recuperación de la capacidad instalada, análisis del gasto y costos de inversión, de funcionamiento y de mantenimiento, elaboración del plan de inversiones y su articulación con el Plan Nacional de Desarrollo.

3. Entrenamiento de personal y preparación de métodos y guías para cumplir con la revisión y ajuste del plan de inversiones señaladas en el inciso anterior.

4. Discusión general.

El mantenimiento hospitalario en el país, pone de relieve una crítica situación que atraviesan los servicios de salud, debido a que no existe una estructura de mantenimiento que permita garantizar un mantenimiento programado, eficiente y continúo. No existe una supervisión, control y auditorías técnicas.

No hay disponibilidad de manuales de organización, funciones y procedimientos para el funcionamiento del servicio de mantenimiento, como tampoco de un inventario técnico de la infraestructura física de salud. Existe escasez del recurso humano capacitado tanto en calidad como en cantidad y ausencia de programas de capacitación y adiestramiento para los profesionales y técnicos en el área.

El IGSS emplea aproximadamente 140 personas en mantenimiento en mejores condiciones salariales que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sin embargo, los problemas que adolecen ambas instituciones son similares, lo que se resumen en altas pérdidas de inversión de capital de edificios, equipos e instalaciones, además la falta de continuidad de operación, seguridad y eficiencia de los servicios prestados.

La División de Ingeniería y Mantenimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, depende de la Dirección General de Servicios de Salud y cuenta con 33 personas que constituye el nivel central.

El único nivel regional que existió fue en el Programa de Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición, para los Departamentos de San Marcos, Totonicapán y Sololá; que por razones de tipo administrativo, presupuestario y legal no se pudo desarrollar. Los cuatro talleres construídos por el Proyecto BID no funcionan por la falta de personal y presupuesto.

Las 24 Areas de Salud disponen de un encargado de mantenimiento, cuya responsabilidad es muy grande al velar por el mantenimiento y conservación de Centros y Puestos de Salud el Area, pero sus actividades son limitadas al carecer de recursos humanos, técnicos y económicos.

En los 35 hospitales nacionales de área y de distrito existe un departamento o sección de mantenimiento, que no tiene una

organización definida con escaso personal empírico, con poco o ninguna herramienta y talleres inadecuados.

A nivel local se observa la mala utilización y operación de los equipos, falta de mantenimiento preventivo y una capacidad limitada de reparar.

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no ha dado los medios para la implementación del Sistema Nacional de Ingeniería y Mantenimiento.

En lo referente a recursos humanos, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene 400 plazas a nivel nacional para mantenimiento, sin embargo, sólo 239 personas están realizando labores en este campo y 161 desempeñando funciones ajenas a esta actividad.

Hay 13 profesionales entre ingenieros electricistas, mecánicos, industriales, civiles y arquitectos. Asimismo se cuenta con 113 técnicos de los cuales 57 son electricistas y 55 mecánicos generales. El 5% del personal son profesionales universitarios, el 11% bachilleres industriales, el 9% de otras profesiones y el 74% personal empírico, con un grado de escolaridad entre 3o. y 5o. grado de educación primaria.

En cuanto a los recursos económicos, el Ministerio destina para efectos de mantenimiento el 2.5% del presupuesto de operación de los establecimientos de salud, sin incluir pago de personal, el cual es utilizado en la mayoría de los casos para atender otras necesidades ajenas al servicio.

Los recursos físicos y materiales (talleres) son insuficientes e inadecuados, sin las facilidades mínimas de trabajo (bancos, herramientas, equipos de medida, etc.).

La División de Ingeniería y Mantenimiento, que constituye el nivel central, no cuenta a la fecha con instalaciones propias y adecuadas ya que actualmente funciona compartiendo el local con el Departamento de Transportes del Ministerio de Salud Pública.

La División de Ingeniería y Mantenimiento, tiene la siguiente organización:

- Jefatura
- Sección administrativa.
- Departamento de capacitación y adiestramiento.
- Departamento de planeación, control y desarrollo de programas.

- Departamento de asistencia tècnica y servicios de mantenimiento.

Desde su creaciòn la Divisiòn de Ingenierìa y Mantenimiento ha carecido de instalaciòn, mobiliario, talleres, herramienta, equipo de mediciòn, transporte y personal.

En una reciente evaluaciòn se encontrò que el 37% de los equipos de los establecimientos del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social, se encuentran paralizados y con funcionamiento deficiente. Mucha de la instalaciòn elèctrica, mecànica y sanitaria, asì como la planta fìsica son antiguas y a las cuales no les da el tratamiento adecuado para su conservaciòn.

Para fortalecer la capacidad fìsica instalada de los servicios de salud se han tomado acciones, tales como:

a. Formulaciòn de polìticas de ingenierìa y mantenimiento y conservaciòn para las protecciones de las inversiones de la infraestructura, las que por designaciòn ministerial segùn Acuerdo No. 59-88, es la Divisiòn de Ingenierìa y Mantenimiento la responsable principal de la ejecuciòn de las polìticas en menciòn.

b. Definiciòn de objetivos generales y especìficos del Sistema Nacional de Ingenierìa y Mantenimiento de los Servicios de Salud, consistentes en:

   - Reducir las tasas actuales de deterioro, las altas pèrdidas de inversiòn y elevados costos de operaciòn, que tienen los recursos fìsicos de salud.

   - Prolongar la vida ùtil de la infraestructura de salud.

   - Aumentar la producciòn y productividad de los servicios.

   - Aplicaciòn de la Polìtica Nacional de Ingenierìa y Mantenimiento.

   - Establecer planes y programas para la mejor utilizaciòn de los recursos asignados.

   - Establecer programas de capacitaciòn y adiestramiento para el personal involucrado en las diferentes actividades del mantenimiento y conservaciòn de las instituciones de salud.

Para el logro de los objetivos anteriores, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

a. Integración y coordinación de las Divisiones de Ingeniería y Mantenimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

b. Realización del inventario técnico a nivel nacional, que por falta de una metodología adecuada en su realización, no dió los resultados esperados.

c. Capacitación y adiestramiento de personal profesional y técnico de las dos instituciones (MSPAS e IGSS), tanto a nivel central, regional y local, a través de cursos, seminarios y pasantías, organizadas a nivel nacional e internacional.

d. Inicio de implementación de un Sistema de Información Computarizada en ambas instituciones, tomando como modelo los hospitales San Juan de Dios del MSPAS y Juan José Arévalo del IGSS.

e. Participación en la formulación y ejecución de los Proyectos de Cooperación Técnica.

5. Revisión de la cooperación técnica con la información de proyectos, actividades del período 1986-1989.

Los Ingenieros Humberto Alfonso y Carlos González de OPS presentaron la evaluación del Programa de Mantenimiento para los años 1986, 1987 y 1988, de los que podría destacarse lo siguiente:

Proyecto MSPAS-BID-ATN/SF-1877-GU

Objetivos Generales:

Mejorar la calidad de los servicios de salud de la población, estableciendo una Política Nacional de Ingeniería y Mantenimiento, capaz de asegurar el funcionamiento de los equipos correspondientes a los establecimientos de salud.

Objetivos específicos:

a. Organizar el nivel central, regional y local del Sistema Nacional de Ingeniería y Mantenimiento.

b. Desarrollo e implementación de la División de Ingeniería y Mantenimiento para llevar a cabo la política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

c. Adiestrar al personal necesario para la implementación del sistema.

d. Mejorar el procesamiento de datos y estadísticas de salud, principalmente del Sistema de Ingeniería y Mantenimiento.

e. Perfeccionar la administración de servicios de salud y adiestrar personal para hospitales y centros de salud.

El proyecto constituyó de tres subprogramas:

1. Asesoría técnica e implementación del Sistema Nacional de Ingeniería y Mantenimiento.

   Sus componentes fueron:

   - Logística y administración
   - Conservación e instalación de edificios.
   - Conservación de instalaciones y reparación de equipo médico.
   - Desarrollo de recursos humanos.
   - Estadística y procesamiento de datos, y
   - Administración de servicios de salud.

2. Entrenamiento de personal:

   a. Consistió en el desarrollo de 5 cursos-taller.

   b. Becas al exterior (14 meses/beca).

3. Adquisición de equipos, herramientas e instrumentos para talleres y equipo audiovisual para facilitar las actividades de capacitación.

Proyecto Subregional

"Fortalecimiento y desarollo de los Servicios de Ingeniería y Mantenimiento de los Establecimientos de Salud." Convenio (RE-HS-02). Financiamiento Gobierno de Holanda.

Brindar la cooperación técnica a través de OPS para asistir al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de la Dirección General de Servicios de Salud y con la División de Ingeniería y Mantenimiento, para llevar a cabo el Proyecto de Mantenimiento.

La cooperación técnica se aplicará en 5 áreas principales de trabajo:

1. Organización del Sistema de Ingeniería y Mantenimiento.
2. Capacitación.
3. Intercambio tecnológico.
4. Recuperacion de equipos.
5. Difusión.

Actividades realizadas.

- Realización de 8 cursos subregionales, dos de los cuales se llevaron a cabo en Guatemala.
- Solicitud de compra de repuestos y materiales para la recuperación de equipos de calderas y rayos "X.
- Inicio de la repetición de cursos subregionales.

Proyecto bilateral.

"Fortalecimiento de los Servicios de Ingeniería y Mantenimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social".

El Gobierno de Holanda mediante el financiamiento del Proyecto brinda su apoyo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

El proyecto tendrà dos fases. La primera hasta diciembre de 1989 y la segunda a finales de 1993. Consiste bàsicamente en reforzar los niveles locales en mantenimiento y al vez de mejorar la capacidad del nivel central para cumplir con sus funciones. La Unidad Ejecutora serà OPS.

Objetivos generales:

Apoyar al país en el desarrollo y fortalecimiento de los Servicios de Ingeniería y Mantenimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en su capacidad de mantener y conservar los recursos físicos en salud.

Objetivos específicos:

a. Reforzar la capacidad y calidad de los servicios de mantenimiento a nivel local y Areas de Salud.

b. Promover la coordinaciòn entre ambos servicios de mantenimiento local y àrea.

c. Incentivar el buen uso de los equipos mèdico hospitalarios.

d. Introducir el mantenimiento preventivo.

e. Estimular la creaciòn de una Política Nacional de Mantenimiento y Conservaciòn, con plena participaciòn de la Divisiòn de Ingeniería y Mantenimiento.

f. Fortalecer algunas funciones claves del nivel central de mantenimiento tales como: inventario y monitoreo constante, supervisiòn y control, capacitaciòn y coordinaciòn con las instituciones de formaciòn tècnica.

g. Reparar bajo contrato algunas líneas críticas de equipos en todo el país, continuando con el Programa de Mantenimiento Preventivo.

Las actividades del Proyecto estaràn dirigidas a tres líneas de acciòn:

1. En el nivel local:

   Se atenderàn en menor a mayor grado los 35 hospitales a travès de ayuda de unidades mòviles.

2. En las 24 Areas de Salud, se darà asistencia directa a los centros y puestos de salud.

3. En el nivel central:

   Se realizaràn acciones en la Divisiòn de Ingenierìa y Mantenimiento desde donde se coordinarà y supervisarà las diferentes actividades del Proyecto.

Proyecto de Inmunizaciòn y supervivencia infantil. Componente: Cadena de frìo.

Este Proyecto tiene como meta especìfica el proporcionar protecciòn contra 6 enfermedades inmuno-prevenibles (sarampiòn, polio, difteria, tos ferina, tètanos y tuberculosis). Lo anterior se harà a travès de un Programa Nacional de Inmunizaciòn que refuerce la infraestructura de salud existente. El Proyecto es financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID).

Cadena de red frìa:

El fortalecimiento de la cadena de red frìa del MSPAS, serà un insumo particularmente crìtico para respaldar la actividad de inmunizaciòn dentro del Proyecto. La efectividad del PAI utilizando la estrategia de canalizaciòn depende del perfecto funcionamiento de la cadena de red frìa en todos los niveles del sistema de salud. Esto requiere al nivel central el recibo inmediato de las vacunas a su arribo al aeropuerto, almacenamiento adecuado en la central que llenen las normas internacionales para la conservaciòn de vacunas y un control efectivo del mecanismo para asegurar una contìnua protecciòn de la potencia de vacunas. La tarea crìtica de mantener la cadena de red frìa desde el nivel central al nivel de àrea y finalmente a los centros y puestos de salud, requiere un sistema funcional de equipo y procedimientos para el manejo adecuado que sea seguido por los que transportan las vacunas y por el personal que hace las entregas en las instalaciones de salud.

En lo que a cadena de frìo se refiere se han realizado las siguientes acciones:

a. Capacitaciòn y adiestramiento a los tècnicos de mantenimiento de las Areas de Salud del pais en operaciòn, mantenimiento e instalaciones de equipos de refrigeraciòn y equipo mèdico bàsico de centros y puestos de salud.

b. Entrega de equipo de refrigeraciòn, equipos auxiliares de cadena de frìo, repuestos, materiales y transporte

(motocicletas) para restablecer la actual cadena de frío en mal estado y suministrar equipos en los establecimientos que no posean.

c. Mantenimiento preventivo y correctivo a la cadena de frío de que funcionen adecuadamente como apoyo a los programas de inmunización llevada a cabo por el Ministerio del ramo.

6. Revisión de la Guía de Evaluación y aplicación de la misma.

1. Uno de los mayores logros alcanzados a través de la cooperación técnica, es la coordinación que existe actualmente entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en lo que a mantenimiento se refiere, evitando con ello duplicidad de esfuerzos y un mejor aprovechamiento de los recursos.

2. La División de Ingeniería y Mantenimiento del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, considera prematuro opinar sobre los beneficios obtenidos de la cooperación técnica, aunque considera que en el poco tiempo de ejecución de la Primera Fase del Proyecto Subregional ha recibido apoyo en la implementación de áreas, tales como administración, sistemas de información y desarrollo del recurso humano.

3. Dentro de la cooperación técnica en el área de mantenimiento para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se ha ejecutado el Proyecto MSPAS-BID-ATN/SF-1877, en el cual a través de las consultorías realizadas, se ha diseñado el Sistema de Ingeniería y Mantenimiento, el que por falta de apoyo de las autoridades ministeriales no se ha implementado debido a que se carece de recursos humanos, material e infraestructura física, tanto a nivel central, regional y local.

4. El desarrollo del recurso humano dentro de la cooperación técnica ha contribuído a la eficiencia de los servicios, ya que contando en el nivel local con personal no calificado, este programa estimula y proporciona conocimientos técnicos y procedimientos nuevos al personal encargado del mantenimiento y conservación de los equipos e instalaciones médico hospitalarias.

5. A la fecha no se ha elaborado e implementado un Plan Nacional de Capacitación, que permita llevar a cabo en forma sistemática las diferentes etapas del proceso, desde un diagnóstico hasta el seguimiento, de forma que se permita la superación académica y participación

activa de todos los que de una u otra forma, tienen que ver con el mantenimiento, (médicos, paramédicos, encargados de mantenimiento, operadores y usuarios), de los hospitales, centros y puestos de salud del país.

6. Se encuentra en proceso de implementación del Sistema de Información de Ingeniería y Mantenimiento en sus etapas de inventario técnico de equipos, recurso humano y órdenes de trabajo, faltando hasta el momento de la validación de la información, así como la realización de la etapa de actualización de la misma.

7. No existe una coordinación entre el Plan de Inversiones y el Programa Nacional de Desarrollo, en el área de planificación, construcción y mantenimiento de los servicios de salud, adaptado a las necesidades reales de la población.

8. En cuanto a la investigación y tecnología en el área de mantenimiento, no se han realizado esfuerzos en su desarrollo, lo que vendría a solventar problemas ocasionados por la falta de un programa de innovación tecnológica de partes y/o componentes en la recuperación del equipo médico hospitalario.

9. Está en vías de implantar e implementar un centro de documentación técnica que concentre la mayor cantidad posible de libros, manuales, catálogos, diagramas y planos de los equipos e instalaciones hospitalarias, la cual será de consulta, tanto a los niveles central, regional y local del MSPAS e IGSS. Así como permitir la difusión de avances tecnológicos en la materia y el intercambio de tecnología en los países de la Subregión.

10. En general la cooperación técnica ha sido de beneficio para el país, ya que se han hecho considerables avances en la organización y administración de los servicios de mantenimiento, en el desarrollo de los recursos humanos, en el sistema de información e implementación de programas de recuperación de equipos y mantenimiento preventivo, en áreas específicas consideradas dentro de los proyectos ejecutados y en ejecución actualmente.

11. La División de Ingeniería y Mantenimiento del MSPAS, afronta serios problemas en la adquisición de repuestos y materiales, y contratación de servicios externos, debido a que el trámite administrativo establecido por el Ministerio de Finanzas a través de la Ley de Compras y Contrataciones, es demasiado lenta y burocrática, lo que limita la agilización y rápida solución en la reparación y puesta en funcionamiento de los equipos y servicios de los hospitales del país.

12. Los insumos que a la fecha han sido proporcionados a través de la cooperación técnica, han sido utilizados y canalizados donde se necesitan, (herramientas, equipos de prueba y medición, repuestos, materiales, equipo audivisual y vehículo), lo que ha contribuido en parte a lograr los objetivos y metas previstas dentro del Programa de Trabajo de la División de Ingeniería y Mantenimiento del Ministerio de Salud.

13. La acción administrativa de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS), en el desarrollo de los proyectos de cooperación técnica en el área de mantenimiento, ha sido en algunso casos demasiado lento, debido en parte a que no se cuenta con un ingeniero de país que se encargue de la gestión administrativa de dichos proyectos y por otra a la falta de información a las contrapartes nacionales de las formas y procedimientos administrativos establecidos y utilizados por la Oficina.

7. Recomendaciones.

1. Los proyectos de cooperación técnica que actualmente se encuentran en ejecución, el Subregional y Bilateral, están enfocados a implementar el nivel local, se considera necesario que paralelamente se le de igual o mayor énfasis al desarrollo del nivel central, ya que éste por su carácter técnico-normativo de las acciones de mantenimiento a nivel nacional, tiene la responsabilidad de normatizar, reglamentar, asesorar y supervisar el mantenimiento hospitalario.

2. Es importante que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dote de los recursos humanos e infraestructura física necesarios a la División de Ingeniería y Mantenimiento, a fin de implementar el nivel central para que los proyectos de cooperación técnica surtan los efectos previstos en el desarrollo de los servicios de mantenimeinto a fin de proyectarse en mejor forma a las instituciones de salud.

3. Se recomienda que la Oficina Sanitaria Panamericana nombre a un ingeniero de país permanente en el área de mantenimiento, para que éste sirva de apoyo en el proceso administrativo de los proyectos de cooperación técnica, así como la de informar continuamente a las contrapartes nacionales involucradas en los procedimientos administrativos de la misma, y el proceso de seleccion, contratación y evaluación de las consultorías.

4. El Plan Nacional de Capacitación de Ingeniería y Mantenimiento, debe elaborarse y ponerse en marcha a corto plazo, a fin de que el desarrollo del recuro humano, tanto del MSPAS como del IGSS, se realice en forma sistemática y continua, de tal manera de que se cuente con personal calificado. Dicho programa debe extenderse a todos los niveles, de tal forma de involucrar a todas aquellas personas que de una u otra forma tengan que ver con el mantenimiento. Se recomienda buscar mecanismos para estimular y retener al personal calificado.

5. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer mecanismos con el Ministerio de Finanzas, de tal manera que el proceso burocrático en la Ley de Compras y Contrataciones, no entorpezcan la rápida adquisición de repuestos y materiales, y la contratación de servicios de mantenimiento, lo que permitirá la mejor conservación y mantenimiento de equipos e instalaciones hospitalarias.

6. Las Divisiones de Ingeniería y Mantenimiento del MSPAS e IGSS recomiendan que, para los insumos proporcionados durante la ejecución de los proyectos de cooperación técnica, específicamente los vehículos, se establezcan los mecanismos, de tal manera que al concluir dichos proyectos, no sean absorbidos por dependencias o instituciones ajenas a lo que es el mantenimiento hospitalario.

7. De acuerdo al desarrollo científico y avance tecnológico en el equipamiento médico hospitalario, es importante que en los futuros proyectos de cooperación técnica se prevea financiamiento para crear un centro de investigación, que promueva, motive e incentive, al personal de mantenimiento a todo nivel en la elaboración de partes y/o componentes de equipos, lo que vendrá a solventar en parte, la falta de repuestos para la reparación de los mismos que por su antiguedad y diversidad de marcas, no es de fácil adquisición en el mercado nacional e internacional.

8. En cuanto al Sistema de Información de Ingeniería y Mantenimiento, se recomienda se de todo el apoyo en cuanto a recurso humano y material se refiere, a fin que se lleve a cabo y mantenga actualizado el catastro físico.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pûblica y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organizaciòn Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
MEDICAMENTOS
reuniòn celebrada en la Escuela de Enfermerìa,
durante los dìas 7 y 8 de agosto de 1,989.

Guatemala, julio - agosto de 1,989.

Medicamentos.

Participantes:

Dr. Juan José Arroyo	DGSS
Dra. Càndida de Casasola	MSPAS
Licda. Eleonora Gaytan	MSPAS
Licda. Beatriz de Jimenez	MSPAS
Sr. Ludwing Lucas	DROGUERIA NACIONAL
Dr. Gustavo Medina	DGSS
Dr. Victor Mèrida	MSPAS
Dr. Juan Navarijo	MSPAS
Licda. Elsa de Reyes	MSPAS
Dra. Amarilis Saravia	FAC CC QQ Y FARMACIA

Moderador: Lcda. Juana de Rodriguez

Relator: Dra. Silvia Sanchinelli

Consultores: Dra. Telma Duarte de Morales
Dr. Abraham Rutgers

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS
AREA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES.

1986 - 1989.

1. Propósito.

1.1 Evaluar la cooperación técnica recibida por el país en el área de Medicamentos Esenciales, proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar líneas de acción para la cooperación técnica a recibir en el futuro.

2. El Problema.

La situación del medicamento y su entorno*.

El Gobierno de Guatemala en su "Estrategia de desarrollo" tiene contemplada la movilización de las fuerzas sociales y los recursos económicos para enfrentar los grandes retos del país. En ésta se precisan las orientaciones básicas para el ordenamiento de los recursos y las decisiones en forma programada, coherente y eficaz.

Contempla las políticas que le permitirán realizar los grandes objetivos propuestos para alcanzar el desarrollo económico y social del país. Una de éstas es la política de fortalecimiento del proceso de sustitución de importaciones que literalmente dice:

"El avance significativo en el proceso de sustitución selectiva de importaciones, para reducir la dependencia externa de la economía, constituye otra de las prioridades de la política económica de mediano plazo.

(*) Documento preparado por la División de Registro y Control de Medicamentos del MSPAS.

del sector privado tendientes a la readecuación y aprovechamiento total de la capacidad instalada ociosa de la planta industrial; asimismo, se promoverán nuevos procesos industriales que representen la incorporación o mayor utilización de los recursos humanos, naturales, ahorro interno y tecnología nacional, en condiciones de razonable eficiencia económica.

El fortalecimiento de la producción de sustitutos de importación, será apoyado mediante medidas de política crediticia y restricción progresiva de la importación de bienes duraderos e intermedios que se producen o pueden producirse en el país."

Así también el Memorándum II expresa los propósitos del Señor Presidente Constitucional, en el sentido de que la población en general tenga acceso a medicamentos esenciales, a un costo razonable que sean eficaces y seguros.

El Ministerio de Salud Pública, cumpliendo con los enunciados de las políticas del Gobierno y de su política de ampliación de cobertura ha establecido un listado básico de medicamentos, fortalecido el Programa de Droguería Nacional, Farmacias Estatales y Ventas de Medicina Municipal y actualmente en proceso el de Ventas de Medicina de Cooperativas. También ha desarrollado paralelamente actividades de control farmacéutico para garantizar que los medicamentos que se producen/importan, comercializan y la población utiliza cumplan con los requisitos exigidos por los farmacopeas internacionales.

La existencia en el país de una importante industria farmacéutica tanto nacional como multinacional permite que ésta abastezca ciertas necesidades del mercado de medicamentos. La implantación del listado básico de medicamentos con nombres genéricos y la decisión de adquirirlos bajo esta denominación, ha conducido a ciertas industrias de medicamentos, especialmente los nacionales a producirlos. Es ampliamente conocido que los medicamentos genéricos son de menor precio que los medicamentos de marca.

Podemos apreciar que el actual Gobierno dentro de su concepción ideológica califica al Estado de Gerente y Rector del bien común y le dá la obligación y el derecho de intervenir en la vida socio-económica del

país, por lo que es el Agente directo en la formulación de las políticas de desarrollo económico y social y por lo tanto, propiciador de la creación y fortalecimiento de las sociedades intermedias y de la iniciativa privada, a través de la expansión y reestructuración del aparato productivo. También ideológicamente, se encuentra dentro del actual regimen de gobierno, el principio de subsidiaridad, el que se hace necesario ante la presencia de la injusticia y de los desequilibrios sociales, así pues, mediante el cumplimiento de este principio el Estado deberá apoyar, asistir y complementar las acciones de los particulares, cuanto ésta no sea suficiente para alcanzar la satisfacción de las necesidades económicas y sociales que se expresan a nivel público.

Hasta el momento la política industrial farmacéutica, no ha sido contemplada bajo los principios políticos enunciados, tampoco se ha contemplado la ejecución de programas de estudios básicos y estudios de factibilidad técnica y económica para incentivar la producción de medicamentos esenciales en la industria nacional, situación considerada de vital importancia para que pueda cumplirse con el proceso de sustitución selectiva de importación es en general y en particular en el campo de medicamentos. Consecuentemente podría lograla reducción de la dependencia externa, la readecuación y aprovechamiento de la capacidad instalada ociosa, la promoción de la investigación y desarrollo tecnológico y la capacitación del recurso humano en esta área.

Mercado nacional de medicamentos.

La demanda del mercado de medicamentos está dada por las adquisicones a través de farmacias privadas y del sector público (IGSS, MINSALUD,MINISTERIO DE LA DEFENSA).

El mercado, en dólares pagado por las personas particulares a las farmacias fue de US$. 125.561.280.00 (1986) y por el sector público, (IGSS y MINSALUD) fue de US$. 21.058.200.00 (1986). Podemos entonces inferir que el mercado en dólares (1986) de medicamentos en Guatemal fue de US$. 146.619.480.00 para una población estimada en 8.162.529 (1986-1987)*.

Es de gran ayuda relacionar los gastos de medicamentos con el perfil de pobreza.

(*) Documento presentado por INE - Encuesta Socio-demográfica, 1986 - 1987.

PERFIL DE LA POBREZA*
GUATEMALA

	Total	Extrema pobreza	Pobreza no extrema	Total pobres	No. pobres
Incidencia por personas	100.0	38.8	32.1	70.9	29.1
Dist. rural-urbana	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Area urbana central	14.0	8.0	18.1	12.6	17.6
Resto Area urbana	20.3	18.2	20.6	19.3	22.7
Area Rural	65.6	73.7	61.3	68.1	59.7
Area urbana central	100.0	22.2	41.3	63.5	36.5
Resto Area urbana	100.0	34.9	32.5	67.4	32.6
Area rural	100.0	43.6	29.9	73.5	26.5

Asi como tambièn correlacionarlo con la cobertura de los servicios de salud del pais (Ministerio de Salud, 35%; Seguro Social, 12%; Sector Privado, 5%).

(*) Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamèrica y Panamà. Mercado General de Refrencia, Repùblicad de Guatemala, agosto de 1985.

En la actualidad la industria farmaceútica nacional fabrica una gama de medicamentos a partir de materia prima importada, disminuyendo la actividad de reempaque de medicamentos formulados, con lo cual puede inferirse que èsta presenta una tendencia a desarrollarse.

El gasto de medicamentos percàpita para 1986 se estima en $.13.60 habitante/año*. Esto incluye el gasto hecho por el Estado màs lo pagado por las farmacias al distribuidor. Si tomamos en cuenta el precio pagado por el pùblico a la farmacia, este percàpita sube a $. 16.95*. Estos datos sin embargo no representan el consumo real de la poblaciòn, en vista que hay grupos que no tienen acceso a los servicios de salud y su ingreso econòmico es sumamente bajo.

El nùmero de productos registrados en todas sus formas farmaceùticas hasta marzo de 1989 es de 8,945**.

Las exportaciones de medicamento registrado y materia prima fueron de US$. 48.024.978.29 y las importaciones de medicamentos terminados y materia prima fue de US$. 68.988.844.84 para el año de 1988**.

(*) Mercado de medicamentos genèricos en Centroamèrica y Panamà, 1986.
OPS/OMS

(**) Divisiòn de Registro y Control de Medicamentos de la Direcciòn General de Servicios de Salud.
Q. 2.70 x US$. 1.00

En la Reunión preparatoria del proceso de evaluación conjunta se presentó, como información adicional el Listado Nacional de Medicamentos, con los siguientes antecedentes:

Desde hace varios años ha existido el interès por parte de las Autoridades de Salud para contar con un Listado Nacional de Medicamentos. A través de estos años ha permanecido el esfuerzo de grupos multidisciplinarios elaborando listas de medicamentos de hospitales, sin embargo, no ha existido una decisión política que permita la emisión de dicho listado.

En 1978 un grupo multidisciplinario de los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios y de la OPS/OMS, elaboraron el Formulario Terapeùtico Nacional, el cual no fue utilizado por el Sector Salud.

En 1985, se formò una Comisión de los Comitès Terapeùticos del Hospital General San Juan de Dios, Roosevelt, Hospitales de Especialidades, Droguería Nacional y División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos, quienes elaboraron un listado de medicamentos, el cual en un seminario efectuado a fin de este año fue presentado a los Jefes de Area y de Distrito para su conocimiento y observaciones. Se efectuaron cambios en dicho listado y fue presentado en 1986 a las actuales autoridades que consideraron conveniente la opinión del Colegio de Mèdicos y Cirujanos de Guatemala, habièndose conformado una Comisión de Estudio en la que participaron miembros del Colegio Mèdico, Colegio de Farmaceùticos, Facultades de Medicina de la USAC y Francisco Marroquín, Facultad de Farmacia y representantes del Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social. Dicha Comisión diò su opinión y observaciones, las cuales fueron contempladas. Y así es como ahora se presenta el Listado Nacional de Medicamentos, el cual recopila medicamentos clasificados por su acción farmacològica terapeùtica en orden alfabètico, dichos medicamentos son listados utilizando nombre genèrico.

Se han estimado cuatro niveles de utilización terapeùtica para facilitar y orientar la adquisición y distribución de medicamentos de acuerdo a los recursos humanos y materiales del Area de Salud.

Los niveles son:

Nivel I	Este nivel presenta 3 categorias.
Nivel Ia.	Medicamentos a ser dispensados por Promotores de Salud Rural.
Nivel Ib.	Medicamentos a ser dispensados por Auxiliares de Enfermeria.
Nivel Ic.	Medicamentos a ser prescritos por estudiantes de medicina, efectuando su Ejercicio Profesional Supervisado.
Nivel II.	Medicamentos a ser prescritos por Mèdico del Centro de salud.
Nivel III.	Medicamentos a ser prescritos por Personal Mèdico de hospitales nacionales.
Nivel IV.	Medicamentos a ser prescritos por Personal Mèdico de hospitales de referencia.

3. Revisiòn y anàlisis de las politicas, planes y programas del Gobierno y de las condiciones de salud en Guatemala, en relaciòn con el àrea de Medicamentos Esenciales.

3.1. Politica de salud y medicamentos esenciales del Plan del Gobierno Democràta Cristiano.

Medicina curativa para todos.

- Implementaciòn de las farmacias estatales en la Repùblica que fomenten el abastecimiento de las medicinas. (MP).

- Estimulo para la creaciòn de empresas rurales de plantas medicinales y divulgaciòn de programas curativos naturales o medicina homeopàtica. (MP).

3.2. Memorândum Presidencial II (1987-1989).

La provisiòn de medicamentos y su abaratamiento requiere el apoyo del sector productivo para abastecer la demanda de productos genèricos.

El gobierno se propuso que para finales de diciembre de 1987 las medicinas no sean escasas y sean accesibles a los bolsillos de todos los guatemaltecos.

Los recursos provendràn del Fondo de Inversiones Sociales (FIS), y seràn presupuestados en las modificaciones que se harà al actual Presupuesto de Ingresos y Gastos.

Se estiman en 74.8 millones de quetzales y estàn contemplados en los presupuestos de 1987 y 1988.

3.3. Plan de Salud (1987-1991)

3.3.1. Droguerla nacional, farmacias estatales y ventas municipales de medicinas.

Siendo el alto costo de los medicamentos uno de los factores que màs afectan la satisfacciòn de las necesidades de salud de los guatemaltecos, debe garantizarse un suministro regular y suficiente de medicamentos eficaces, de buena calidad y a un precio razonable que estè al alcance de los consumidores, especialmente los de bajos ingresos.

Con este fin la Droguerla Nacional deberà no sòlo adquirir los medicamentos destinados a los Centros y Puestos de Salud, sino que los requeridos por las farmacias estatales y ventas municipales de medicinas. Tambièn se establecerà un mecanismo àgil y eficiente de distribuciòn de Droguerla Nacional a los servicios aplicativos, farmacias estatales y ventas municipales para que tengan una dotaciòn de fàrmacos adecuados a sus necesidades permanentes.

3.3.2. Control de industrias.

El Ministerio de Salud Pùblica en coordinaciòn con el Ministerio de Trabajo y con el Instituto de Seguridad Social controlaràn las condiciones sanitarias y de seguridad contra accidentes, enfermedades y contaminaciòn ambiental en los lugares en donde laboren los obreros y operarios. Se debe capacitar al personal encargado de esto, establecer normas de trabajo, para el cumplimiento eficiente de sus funciones.

3.4. Informe final de la IV RESSCAP/88, realizada en San José, Costa Rica.

En dicha reunión se recomendó a los Gobiernos de los países de la Subregión que aún no lo han hecho, formular y establecer una política farmacéutica amplia e integral y constituir la Comisión Nacional de Medicamentos con carácter multidisciplinario e intersectorial;

Incrementar y fortalecer la coordinación de los sistemas de suministros de los Ministerios de Salud y de las instituciones de la Seguridad Social, para mejorar la capacidad de negociación del sector salud en el proceso de adquisición y distribución de este insumo crítico;

Revisar y fortalecer el "proceso de compra conjunta" de medicamentos a la luz de las necesidades y el desarrollo de los servicios de salud;

Elaborar un plan de acción integral e interinstitucional que defina las etapas de la implementación, la capacitación de personal y la asistencia técnica necesaria para el desarrollo e implantación del sistema de garantía de calidad; iniciar o continuar conversaciones con la industria farmacéutica nacional y subregional con el propósito de concertar los mecanismos y estímulos necesarios para aumentar la producción local de medicamentos;

Realizar esfuerzos tendientes a hacer más eficientes y oportunos los trámites o gestiones para el pago de las facturas del formed, ante los organismos de gobierno que participan en este proceso;

Promover y garantizar el uso racional de los medicamentos, basado en información técnica y objetiva que contenga acciones de educación farmacoterapéutica dirigidas a los trabajadores de salud y continuar con el desarrollo y fortalecimiento de un subsistema de información de medicamentos.

4. Discusiones generales.

a. Anàlisis de las polìticas de salud.

En 1987, el Ministerio de Economìa, tomò el control de los precios de los medicamentos; sin embargo, por la falta de recursos, tanto humanos como materiales y por la infraestructura de la propia Oficina de Control de Precios de Medicamentos; no ha sido posible llevar a cabo un efectivo control de èstos.

A nivel local se ha planteado a la industria la fabricaciòn de medicamentos genèricos, de acuerdo a la morbilidad del paìs. La industria, actualmente, ha manifestado interès en proporcionar apoyo al sector salud en la fabricaciòn de genèricos de calidad. El proyecto de producciòn de medicamentos va a incidir sobre la baja de los precios de estos productos. A su vez, el Gobierno ha manifestado dar ayuda al sector privado para la fabricaciòn de genèricos de calidad y de bajos precios.

Existe un plan de trabajo subregional para favorecer la tecnologìa farmaceùtica, procesos de fabricaciòn y control de calidad.

Siguiendo el anàlisis de las polìticas de salud en 1986, se aprobò la cantidad Q. 20 millones para la compra de medicamentos; sin embargo, las unidades ejecutoras no tenìan la infraestructura fìsica adecuada, ni recursos humanos, ni materiales suficientes para poder operativizar en forma oportuna las polìticas de Gobierno.

Actualmente no existe una polìtica farmaceùtica, solamente existe una instancia multisectorial para que las polìticas de medicamentos lleguen a realizarse y ser efectivas.

Al establecer las polìticas farmaceùticas; èstas deberàn ser coherentes y deberàn coordinarse esfuerzos entre el sector pùblico y el sector industrial para que esta polìticas favorezcan la disminuciòn de precios y que los productos sean de calidad; asì como deberàn favorecer para que el suministro sea oportuno y efectivo.

Se han tomado acciones al respecto, tal es el caso del Acuerdo Legislativo 24-87 del Ministerio de economìa, para el abaratamiento de los precios de medicamentos, pero este Acuerdo no ha sido efectivo, ya que està en contradicciòn con las normas vigentes de registro y control sanitario.

se discute sobre la necesidad de dar bases legales coherentes para que el suminstro de medicamentos sea efectivo y oportuno. Además debe contarse con la infraestructura apropiada, tanto física como administrativa; y con los recursos humanos y materiales necesarios para la continuidad de las acciones y programas que se establezcan.

Referente al proyecto para la creación de farmacias estatales y ventas municipales, éste deberá atender los planteamientos técnicos, económicos y legales; hechos por la Comisión Nacional de Medicamentos, y la planificación deberá ser coherente para todas las actividades que involucre el proceso y para esto deberá tomarse en cuenta a la Oficina Sectorial de Planificación Económica. Para evitar que se repitan los errores que se cometieron anteriormente al no contar con los reglamentos específicos para las farmacias estatales, y al no contar con una planificación adecuada, con una coordinación del presupuesto, con adiestramiento al personal, y con los recursos necesarios para el suministro de medicamentos.

Las farmacias estatales fueron creadas por un Acuerdo Gubernativo. Este acuerdo fue modificado en el sentido de establecer que las mismas estarían adscritas a los Directores de hospitales y centros de salud en donde se establezcan, pero estas bases se ha divulgado muy poco.

Las farmacias estatales Cuentan con fondos privativos producto de la venta de medicamentos. Estos fondos monetarios ingresan al Estado para el mantenimiento de su personal, compra de medicamentos, pero estos fondos los maneja el Ministerio de Finanzas y la recuperación del dinero es bastante lenta para las operaciones pertinentes, por ejemplo la compra-venta de medicamentos; además se ignoran los procesos administrativos y su jerarquía dentro del organismo del Sector Salud.

Actualmente existen 54 farmacias estatales, las que, legalmente deben de estar adscritas a centros de salud y hospitales. Sin embargo, existen algunas que no cumplen con este requisito, tal es el caso de la farmacia estatal EL GRAN PUEBLO, que debería funcionar adscrita al Centro de Salud No. 1. Tampoco cuentan con regentes suficientes. Existen ventas de medicinas, tanto municipales, como de las organizaciones no gubernamentales, las que están funcionando sin ningún control sanitario. La Comisión Nacional de Medicamentos ha planteado al Señor Ministro de Salud que esta situación se

enmarque dentro de la ley y también que no es conveniente, por el momento, la creación de más establecimientos de este tipo, sino el reforzamiento total de los ya existentes.

Se planteó la posibilidad de que la facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, a través de los estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado, presten sus servicios de regencia a estos establecimientos, como apoyo al Programa de Suministro de Medicamentos a Bajos Precios; además que los profesionales farmacéuticos que están trabajando en las farmacias estatales de hospitales, pudieran ser regentes de las mismas; a través de un convenio con la División de Registro y Control de Medicamentos y el Colegio Profesional de Químicos Farmacéuticos, a fin de que estos profesionales cumplan su función de regentes, sin afectar sus derechos.

Se está dando apoyo a las farmacias estatales y ventas municipales y ventas de medicinas en ONG'S, a través de programas de capacitación a empleados de farmacias en coordinación con la Comisión Nacional de Medicamentos, la División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos y el INTECAP; con el reconocimiento del Ministerio de Salud Pública para que tengan el conocimiento adecuado en el manejo de medicamentos.

La política de suministro si está explícita, pero se necesita un grupo técnico integrado por los diferentes sectores, para definir como se va a llevar a cabo el cumplimiento de esta política. Esta ha sido apoyada en parte, por la División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos, a través de las inspecciones sobre las buenas prácticas de manufactura a los laboratorios industriales, y a través de los análisis para comprobar la calidad de los medicamentos que fabrican los laboratorios proveedores. También en la elaboración del listado básico de medicamentos esenciales.

Es necesario tomar en cuenta la existencia del IGSS y del MSPAS, como entidades que suministran medicamentos y las cuales deben coordinarse.

La Droguería Nacional no cuenta con una infraestructura adecuada: con recursos humanos capacitados, con recursos materiales suficientes, con bases legales coherentes a las leyes sanitarias vigentes, para brindar un servicio de suministro oportuno y efectivo.

Los equipos y programas del centro de Información no son propios; no cuenta con el presupuesto para el mantenimiento. Se tramitó una solicitud de más personal calificado para este centro de cómputo.

Se discutió la posibilidad que la compra y suministro de medicamentos debería ser centralizada para la disminución de costos de compra y costos de control de calidad para evitar la compra múltiple de un mismo producto por los diferentes sectores; ya que el Ministerio de Salud tienen 35 o 36 instancias para la compra de medicamentos.

Paralela a esta posibilidad, se planteó que podría constituirse una entidad autonóma, contando con las bases legales, infrraestructura, asesoría técnica, capacitación de recursos humanos, disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros para operar.

La OPS como apoyo a la política de suministro de medicamentos en forma descentralizada, brindó su ayuda para la ejecución del proyecto de atención primaria de salud, medicamentos esenciales en Sololá; el cual fortaleció el Area de Salud. Este proyecto ha suministrado medicamentos de calidad, racionalizado el suministro de los mismos, capacitando al personal que los maneja, controla y suministra. La comunidad conoce este proyecto, pues ha participado en forma activa, al fabricar las estanterías necesarias para el almacenaje de los medicamentos en los puestos y centros de salud.

Se planteó la posibilidad de que la experiencia de este proyecto sea utilizada en las demás áreas del país, previa evaluación de sus resultados y adaptación de los mismos.

La Comisión Nacional de Medicamentos, no tiene una base legal para su funcionamiento. En 1988 se hizo una revisión interinstitucional para la creación de esta Comisión. Se nombró la Comisión, como una instancia pasajera, sin un marco legal, aunque está operando actualmente.

La Comisiòn Nacional de Medicamentos en relaciòn a la politica de suministros. informò que la reducciòn de los precios de medicamentos de un 100% a 200% en las farmacias estatales y ventas municipales, comparados con los precios de los productos que se encuentran en las farmacias particulares. Representando un ahorro de 2 a 3 millones de quetzales para la poblaciòn consumidora.

Ademàs, los presupuestos de los puestos y centros de salud y de los hospitales han mejorado, sin embargo, estos beneficios no han sido evaluados a travès de un estudio.

Se informò que para la politica de producciòn se elaboraron dos anteproyectos con la colaboraciòn de la OPS.

Estos proyectos ayudaràn a la industria local, pues se establecerà el listado de medicamentos priorizados; se desarrollaràn programas de producciòn. Se han implantado ya actividades sobre buenas pràcticas de manufactura, lo que favorece la tecnologìa farmaceùtica y los controles de calidad de los medicamentos. Asì mismo, el sector salud se ha y verà favorecido al recibir medicamentos genèricos de calidad y sobre todo la poblaciòn consumidora de los mismos.

5. Revisiòn de la cooperaciòn tècnica con la informaciòn de proyectos, actividades del periodo 1986-1989.

La cooperaciòn tècnica en el Area de medicamentos en Guatemala contò en total con 3 diferentes asesores en el periodo de 1986 hasta 1989. De estos 5 consultores 2 han sido extranjeros y 3 nacionales. Estos cambios en el personal han tenido alguna incidencia en la prestaciòn de la cooperaciòn tècnica.

Los fondos para la cooperaciòn en el àrea de medicamentos han provenido de los establecidos en la Representaciòn y de los Proyectos Subregionales.

El objetivo principal de esta cooperaciòn es el aumento de la cobertura de los servicios de salud con medicamentos esenciales de buena calidad, seguros y eficaces a costo razonable y su uso racional.

Hay distintos componentes de la coopeeraciòn en el àrea de medicamentos:

1. Garantizar la calidad de medicamentos. En este campo estan los Programas con la divisiòn de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos a travès de los Departamentos de Registro y Control de Medicamentos y el LUCAM. El apoyo a la Divisiòn ha consistrido en la entrega de informaciòn, equipo y el financiamiento para cursos y capacitaciones. De 1984-1987 se estableciò un convenio entre PNUD, el Gobierno de Guatemala y la OPS para reforzar la Divisiòn.

A travès de la cooperaciòn tècnica han venido 8 consultores a LUCAM durante el perìodo de 1986-1989, estos han prestado su consultorìa en el campo de anàlisis microbiològico y fìsico-quìmico y 3 consultores han evaluado el programa del LUCAM. 8 profesionales de LUCAM asistieron a 5 seminarios sobre Seguridad en Laboratorios, farmabotànica, biodisponibilidad, control de calidad de medicamentos en sistemas de suministros y administraciòn de laboratorios, asì tambièn fue enviado un pprofesional de LUCAM con una beca para adiestrarse en control de calidad microbilògica.

Para el año de 1989 se han planificado 3 becas para LUCAM. Se realizò 2 cursos de cromatografìa lìquida de alta presiòn en el LUCAM. El curso en 1986 contò con la participaciòn de 6 becarios, entre los 13 participantes. En 1987 se realizò otro curso con 10 participantes. Se hicieron compras para LUCAM en Washington, una parte con dinero del proyecto y otra parte con fondos privativos del laboratorio. Se comprò equipo, respuestos, reactivos y material bibliogràfico. Se ha desarrollado hasta un laboratorio de control de calidad de medicamentos de alto nivel en la regiòn.

Para el registro de medicamentos vinieron en total 9 consultores a corto plazo, que dieron consultorìa en los siguientes campos: los sistemas de registro, Legislaciòn de Registor, la Informàtica de Registro. De la Divisiòn asistieron 8 profesionales a seminarios en el exterior sobre farmacologìa clìnica, biodisponibilidad, farmacologìa y control de calidad de medicamentos. La Representaciòn otorgò 3 becas sobre adiestramiento para Inspectores de la Industria Farmacèutica, 2 becas fueron para la misma persona que despuès fuè trasladada a otro puesto.

Para 1989 se han planificado 2 becas màs. Se adquiriò una computadora con el programa que el Sistema de Registro del Departamento. Ademàs se entregò material bibliogràfico.

Una persona de la Divisiòn asistiò a un Seminario sobre Precios de Medicamentos. Se cooperò con la comisiòn encargada del Sistema de Informaciòn sobre precios de medicamentos en la Subregiòn, con el IGSS y la Droguerìa Nacional.

Se ha visto una mejor sistematizaciòn de sus procedimientos, pero la falta de recursos humanos de la Divisiòn de Registro y Control de Medicamentos limita sus posibilidades.

2. El segundo componente es el fortalecimiento al sistema integral de suministro de medicamentos. La cooperaciòn tècnica en este campo se enfocò en la Droguerìa Nacional. Asistieron 2 profesionales de la Droguerìa a seminarios sobre Control de Calidad de Medicamentos en Sistemas de Suministro y Servicios Farmacèuticos en el exterior. Se ha planificado una beca para un curso en Sistemas de Suministro para este año.

Se comprò una computadora multiusuario con disco duro y programa, estantes y otros equipos de escritorio para la Droguerìa. Tambièn se apoyò la planificaciòn y desarrollo al programa de las farmacias estatales. Se adquirìò una computadora para la Farmacia "El Gran Pueblo". El paìs participò una vez en el Fondo Rotatorio de Medicamentos con una compra. Todavìa existen problemas con el pago de la deuda. Falta mucho para que el sistema de suministro nacional pueda brindar un servicio eficiente, eficaz y oportuno a los servicios de salud del paìs.

3. El tercer componente de cooperaciòn en el àrea de medicamentos es la promociòn del uso racional del medicamento y la divulgaciòn de la informaciòn farmacològica. En este campo tambièn se encuentra la selecciòn de medicamentos y la elaboraciòn de listados bàsicos. Para la formulaciòn de listados bàsicos vinieron 3 consultores a corto plazo a Guatemala y 6 profesionales asistieron a seminarios y talleres sobre este asunto en el exterior. Se apoyò la ediciòn y publicaciòn del listado bàsico nacional.

Se estableciò un Centro de Informaciòn de Medicamentos, ubicado en la Facultad de Farmacia, vinieron 3 consultores a corto plazo para dar asesorìa en este campo. Asistieron 4 profesionales a Talleres en el exterior como participantes becarios. Se apoyò el Centro con material bibliogràfico, una lectora de microfichas y un sistema de informaciòn de medicamentos en microfichas.

En este campo de la promociòn del uso racional de medicamentos y formaciòn de recursos humanos asistieron 5 profesionales a cursos y seminarios sobre farmacologìa clìnica, farmacologìa y educaciòn al paciente en el exterior.

En Guatemala, se realizaron 2 seminarios sobre la Decisiòn Clìnica del Medicamento con apoyo de la Oficina Central de Washington. Los participantes fueron del alto nivel del Ministerio de Salud, Universidad e IGSS.

En 1987 se realizò un Curso sobre Atenciòn al Pùblico en la Farmacia Estatal "El Gran Pueblo".

Se realizaron Seminarios para Auxiliares de Farmacia: Comisión Nacional de Medicamentos, y un Curso sobre el concepto de los Medicamentos Esenciales, el Listado Básico y el Papel del Farmacéutico en Salud Pública para los profesores y estudiantes del último año de la Facultad de Farmacia.

Para el desarrollo de Recursos Humanos en la Farmacia Hospitalaria, se han apoyado 6 profesionales en el periodo.

El IGSS tiene desde 1987 un programa de Control de Utilizaciones y reacciones adversas de medicamentos. Se han apoyado actividades en el campo de promoción del uso racional del medicamento y divulgación de información farmacológica.

4. El cuarto componente es el Proyecto de Medicamentos Esenciales y Atención Primaria en Salud en el Area de Sololá.

Se apoyo la asistencia del Jefe de Area a un curso sobre Control de Medicamentos. Se realizaron 13 Seminarios en el Area, con una cobertura del 100% del personal de salud, incluyendo los Promotores de Salud. Los temas incluidos fueron: Uso racional de medicamentos, enfermedad diarréica aguda y su manejo racional, farmacoterapéutica, manejo del manual terapéutico para voluntarios de salud y manejo del corredor endémico para programación local. Además Se apoyó el proyecto con personal, la compra de medicamentos y otros insumos como material de las bodegas de Centros, Puestos y del Area de Salud. Se adquirió transporte para el Proyecto. Se elaboró y publicó material educativo (afiches y guía manual para Promotores).

El Proyecto fortaleció los servicios de salud del Area a traves de la disponibilidad oportuna y el uso racional de medicamentos de calidad. En mayo de 1989, una comisión visitó el proyecto y elaboró un informe evaluativo del mismo, el informe fué incluído en los documentos de trabajo del grupo.

5. El quinto componente de la cooperación técnica es la producción de medicamentos esenciales en el país. La Oficina de OPS/OMS en Guatemala tuvo la coordinación de este Proyecto Subregional. En Guatemala se realizaron algunas reuniones multisectoriales y se formuló una política de producción local de medicamentos esenciales que está en proceso de ratificación.

Además se brindó asesoría sobre Buenas Prácticas de manufactura a la División de Registro y Control de Medicamentos y la Industria Farmacéutica Nacional.

5.1. Droguería Nacional.

En cuanto a la capacitación de los recursos humanos de esta institución, no se ha tenido la oportunidad de contribuir para el mejor desarrollo de los programas, debido a que las personas que fueron capacitadas no contaban con plazas presupuestadas de la institución.

OPS continuó ofreciendo el apoyo a las autoridades en el período de 1988 para capacitar al personal de bodega, al personal profesionales químico farmacéutico y al personal que labora en el centro de cómputo. Sin embargo, solo fue aceptada la capacitación de una persona del centro de cómputo.

Se aprovecho el apoyo económico de OPS en 1987 para adecuar la bodega de medicamentos en una área mejor y se colocaron las nuevas estanterías para el mejor almacenaje, también se colocaron las instalaciones del centro de cómputo.

La OPS ha dado su apoyo al contratar a un consultor local para el muestreo y el análisis que verifiquen la calidad de los productos que se compran.

El apoyo que la OPS ha brindado a la institución, se ha aprovechado para mejorar lo siguiente:

a. Almacenaje de medicamentos.

b. Control de inventario.

c. Sistema de información.

d. Instalación de una bodega.

A pesar de ello, no se ha contado con apoyo suficiente a los procesos de cambio iniciados en los programas de cooperación. No existe la infraestructura en la institución para el buen almacenaje, conservación y loistica oportuna en la entrega de los medicamentos; el funcionamiento del centro de cómputo es parcial.

No existe un marco legal para la distribución de medicamentos.

En este momento en el que se està reestructurando el Ministerio de Salud Pùblica, es oportuno buscar presupuesto y financiamiento para mejorar la Droguerìa Nacional y solicitar su creaciòn como una instituciòn autònoma.

Centro de informaciòn de medicamentos.

Se han capacitado 4 profesionales, 2 de ellos que trabajan a tiempo completo, uno que trabaja ad-honorem, se està gestionando su incorporaciòn al personal regular del Ministerio. Tambièn se està recibiendo la cooperaciòn de la de la Direcciòn de la Escuela de Farmacia.

El centro de proporciona informaciòn objetiva, oportuna y actualizada; a profesionales del àrea de salud e industrial, sobre las formulaciones de productos. A entidades reguladoras, sobre todo el Departamento de Registro y Control de Medicamentos en cuanto a literatura farmacològica, que contienen las presentaciones de medicamentos.

El centro està incorporado a hospitales y a actividades docentes de la Facultad de Farmacia. En este centro el interesado ahorra tiempo para obtener la informaciòn. Esta se da en forma gratuita, con referencias bibliogràficas bien documentadas. Permite dar informaciòn al usuario de 24,000 publicaciones especializadas.

Se tiene considerada a corto plazo la investigaciòn en el de àrea farmaco-vigilancia a corto plazo. La ayuda que se ha obtenido ha sido utilizada en el momento y se solicita que se siga teniendo la cooperaciòn en cuanto a referencias bibliogràficas.

Ha sido pertinente la cooperaciòn tècnica, a travès de los programas que se van a establecer.

Existe restricciòn presupuestaria para incorporar a todo el recurso humano ya preparado por parte del pais al Centro de Informaciòn de Medicamentos.

LUCAM

El LUCAM se ha fortalecido con el apoyo de OPS. La capacitaciòn se ha dado y el recurso humano la ha aprovechado. Se ha aprovechado en la administraciòn de laboratorios, en pruebas de biodisponibilidad, en segu-

ridad de laboratorios quimicos, y esto ha tenido un efecto multiplicado, puesto que se ha dado asesoria a la industria y se ha formado EPS de farmacia. Ha dado normas para el funcionamiento de laboratorios a través de Comisiones Guatemaltecas de Normasy LAS BUENAS PRACTICAS DE MANUFATURA, ha dado lugar a la integración de otras entidades como la Facultad de Farmacia a través de los estudiantes de ejercicio profesional supervisado.

La ayuda de consultores fue beneficiosa. el consultor permanente fue efectivo. Los consultores nacionales han dado buenos resultados. Se han hecho investigaciones de multivitaminicos, de técnicas de análisis, sin embargo, no se ha difundido la información.

El área que necesitaría fortalecimiento es la de pruebas biológicas para la elaboración de módulos de esterilidad, apoyo para pruebas de disolución, pruebas de productos biológicos. No ha habido apoyo de tipo político.

Con el apoyo de OPS se compraron los equipos para las pruebas de disolución, para las cromatografías líquidas de alta presión (HPLC) para el cómputo de datos (se elaboraron 10 o 12 programas para todas las actividades analíticas. Módulo adicional para hacer pruebas biológicas, y bibliografía. El aparato de disolución es subutilizado porque tiene fallas de fabricación y se tiene contemplada la compra de dos equipos más.

Se solicita que de ser posible las adjudicaciones en Washington, sean dadas a los proveedores recomendados por el LUCAM, ya que se ha notado que los compras carecen de la calidad necesaria.

<u>Programa de Medicamentos Esenciales. Area de Salud de Sololá.</u>

En esta área se trabajaba con un control inadecuado de los medicamentos, con este programa hay un proceso de distribución bien elaborado. Existe un control especícico de los medicamentos porque se usan en forma racional, hay control de los medicamentos que se entregan al paciente, control que permite determinar si la prescripción y administración de éstos fue adecuada.

El Ministerio de Educaciòn tuvo participaciòn; se le dieron conocimientos sobre la prevenciòn de enfermedades a maestros y a escolares.

Existe una infraestructura adecuada para llevar a cabo este control de medicamentos. Se ha capacitado al personal que usa los medicamentos (personal auxiliar de enfermerìa) y se elaborò un manual especìfico de los medicamentos que este personal puede prescribir y administrar.

El proyecto ha generado buenos resultados. Cuenta con recursos humanos capacitados, un mèdico como apoyo a la Jefatura de Area. Un farmaceùtico quièn apoya a la farmacia hospitalaria y a la bodega del Area de Salud, y finalmente un bodeguero.

Se utilizaron Q. 3,000.oo en madera rùstica para las estanterìas de los 29 puestos de salud y los 7 centros de salud. Parte de la participaciòn de la comunidad que fabrica dichas estanterìas.

Se ha enfatizado en el uso racional de los medicamentos para dar el tratamiento adecuado una vez diagnosticada la enfermedad.

Se tiene contemplado llevar a cabo este año en el region sur-occidental, una reuniòn en donde se plantearàn las experiencias que se han tenido en el proyecto.

El proyecto proporcionò apoyo financiero para el transporte y supervisiòn de todos los medicamentos que recibe el àrea de Sololà (Droguerìa, Donaciones, T.R.D, IRA, Tuberculosis).

Se recomienda solicitar fondos a la OMS para en una fase futura incorporar al trabajo normal del Ministerio de Salud Pùblica. El proyecto original planteò que fuera extendido al resto de las regiones del paìs. Este proyecto viene a apoyar la polìtica de suministro de medicamentos en una forma responsable, racional y controlada.

USAC.

En el caso especìficamente de medicamentos, la Divisiòn de Registro y Control, ha gestionado la capacitaciòn de elementos de la facultad de Farmacia.

Se ha tenido el apoyo en seminarios y eventos cientìficos, tal es el caso del Seminario de Medicamentos Esenciales y el papel del Farmaceùtico en el campo de Salud, y la Semana Cientìfica.

A partir de 1987 se està capacitando a elementos de la USAC (facultad de Farmacia), especificamente para el Centro de Informaciòn de Medicamentos.

Hospital Roosevelt.

Se han capacitado a dos profesionales en Administraciòn de Farmacia Hospitalaria.

De esta capacitaciòn se han presentado tres anteproyectos a las autoridades del hospital, los que son:

1. Distribuciòn de medicamentos en unidosis (en coordinaciòn con el hospital San Juan de Dios).

2. Ampliaciòn del laboratorio de producciòn en el Departamento de Farmacia del hospital.

3. Educaciòn al paciente.

4. Los beneficios obtenidos:

    1. Se tiene informaciòn

    2. Se estàn elaborando dos proyectos, el primero sobre nutriciòn parenteral en pediatrìa, y el segundo, sobre el uso racional de citostàticos (a nivel mèdico, paramèdico y farmaceùtico).

Registro y control de medicamentos.

El recurso humano capacitado ha sido uno de los componentes que se ha fortalecido con el apoyo de OPS. La capacitaciòn ha dado lugar a fortalecer el àrea de registro sanitario de medicamentos para la evaluaciòn y anàlisis de estudios clìnicos, aspectos farmacològicos, terapeùticos, toxicològicos y legales, ademàs aspectos tècnicos para la evaluaciòn completa de los expedientes para el registro sanitario de medicamentos. Se ha fortalecido el àrea de inspecciòn y auditorìa sobre las buenas pràcticas de la manufactura a las industrias farmaceùticas locales. Esto ha dado lugar a la cooperaciòn tècnica interinstitucional:

1. Con la facultad de Farmacia en la formaciòn de estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS).

2. Con el IGSS para la calificaciòn de los provee-

dores (laboratorios farmaceùticos).

3. Con otros dependencias del Sector Salud para la formaciòn de las comisiones tècnicas multidisciplinarias.

4. Con la industria farmaceùtica local, LUCAM, la facultad de Farmacia, IGSS hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, Droguerìa Nacional, Radiofàrmacos del Ministerio de Energìa y Minas, a travès de cursos de capacitaciòn sobre buenas pràcticas de manufactura.

<u>A partir de estas capacitaciones se han elaborado:</u>

1. Reglamento para Registro y Control de Medicamentos.

2. Proyecto de Norma sobre las BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA (BPM) en la industria local.

3. Reglamento para Registro de Plaguicidas de uso casero.

4. Proyecto sobre Reglamento sobre Publicidad de Medicamentos.

5. Manuales sobre registros de medicamentos, productos de tocador e higiene del hogar.

Se contemplan estudios sobre la comercializaciòn de medicamentos de mayor demanda de acuerdo a la morbimortalidad en el pais y sobre periodos de eficacia de antibiòticos y vitaminas para cada forma farmaceùtica.

El àrea que necesita fortalecimiento es la Inspecciòn y Auditorìa sobre las BPM y la de Importaciones, exportaciones de estupefacientes y sicotròpicos.

Con el apoyo financiero de OPS se han podido obtener equipos de oficina, equipos y programas para el centro de còmputo, retroproyector, diapositivas y cassettes sobre las BPM y una amplia bibliografìa. se solicita el proyector de slides, cassettera y pantalla tambièn el vehìculo asignado, que actualmente no se encuentra en el Departamento.

Ha existido deficiencia en la representaciòn y administraciòn de OPS para la contrataciòn de personal local.

bargo, ha existido poca seriedad en la representaciòn y administraciòn de OPS para llevar a cabo los contratos al personal.

IGSS

La OPS ha apoyado el proceso de investigaciòn en el IGSS en los estudios de utilizaciòn de medicamentos y farmacovigilancia y se han obtenido mejores resultados en la informaciòn farmacològica al sector mèdico para el uso racional de medicamentos.

Tambièn favoreciò la investigaciòn sobre prescripciones, costos para modificar normas de prescripciòn (estudios de utilizaciòn) para favorecer la entrega de medicamentos.

Investigaciòn.

OPS ha proporcionado fondos para la investigaciòn antropològica sobre conceptos de uso de los medicamentos y procesos de salud y enfermedad que tiene la comunidad. Los resultados de este estudio ya se tiene.

Asi mismo ha proporcionado una computadora a la farmacia estatal EL GRAN PUEBLO para manejo de datos.

6. Recomendaciones.

1. Se recomienda la que la capacitaciòn sea un proceso concertado entre Gobierno y OPS; el proceso de concertaciòn de la capacitaciòn debe ser en forma abierta. Si los Ministerios proponen personas que no tienen relaciònda con la capacitaciòn que se va a efectuar, deberàn reunirse las partes interesadas a travès del Comitè de Becas, y apoyar al candidato que garantice al màximo la aplicaciòn de sus conocimientos.

2. Debe propiciarse la coordinaciòn de los Organismos Internacionales para el financiamiento de proyectos de medicamentos.

.PA

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS - PAIS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IGSS

Organización Panamericana de la Salud
OPS/OMS

Relato final del grupo de
DESASTRES
reunión celebrada en la Escuela de Enfermería,
durante el día 28 de julio de 1.989.

Guatemala, julio - agosto de 1.989.

Desastres.

Moderador: Dr. Fernando Corzantes

Relator: Dr. Carlos Garcia

Consultor: Dr. Orlando Aguilar.

Este informe fuè elaborado durante la fase preparatoria, por los participantes mencionados, quienes lo presentan a la consideraciòn de la Reuniòn de Evaluaciòn Conjunta.

EVALUACION CONJUNTA DE LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS/OMS PARA EL AREA DE DESASTRES

1986 - 1989

1. Propòsito.

1.1 Evaluar la cooperaciòn tècnica recibida por el pais en el àrea de Atenciòn a la poblaciòn en caso de Desastres, proporcionada por la Organizaciòn Panamericana de la Salud/Organizaciòn Mundial de la Salud - OPS/OMS.

1.2 Dar lineas de acciòn para la cooperaciòn tècnica a recibir en el futuro.

2. La evaluaciòn se iniciò haciendo una revisiòn de las politicas, planes y programas de salud del pais contenido en un documento proporcionado por OPS, para tal efecto pudiendo comprobar que en el documento no aparece descrita la estrategia, planes o programas que conciernan a situaciones de desastres, aunque en el Còdigo de Salud y en el reglamento de control de enfermedades transmisibles se encuentran contenidas algunas disposiciones a este respecto.

3. Revisiòn de la cooperaciòn tècnica con la informaciòn de **proyectos, actividades del periodo 1986-1989.**

La entrega de la cooperaciòn tècnica de OPS/OMS en el area de desastres, por año fuè la siguiente:

1988

- Se proporcionò la cooperaciòn tècnica y financiera en materia de preparativos para situaciones de Desastre por intermedio del Programa Subregional con sede en Costa Rica.

- Colaboraciòn para el establecimiento de una Unidad de Preparativos de Desastres en el Ministerio de Salud.

- Cooperaciòn para el desarrollo de cursos cortos, talleres y simulacros en los principales hospitales de la capital y en varias àreas de salud, asì como a grupos de bonberos y personal de una base militar.

1989

- Cooperaciòn financiera para el desarrollo de cursillos de capacitaciòn a personal multidisciplinario de los centros y puestos de salud en El Progreso, Sacatepèquez, Huehuetenango, San Marcos, El Petèn y Tontonicapàn.

- Curso sobre Preparativos para Desastres a las estudiantes de ùltimo grado de las escuelas de enfermeras de Occidente, Alta Verapaz y ciudad capital.

- Cooperaciòn financiera para un curso de actualizaciòn en desastres para directores de hospitales y otro para supervisores del àrea central.

- Suministro de material informativo.

- Cooperaciòn para que el Coordinador Nacional sobre Preparativos de Desastres del Ministerio de Salud participe en reuniones internacionales y cursos relacionados con esta àrea programàtica.

- Asesorìa tècnica por el Consultor Subregional del Programa Regional.

4. Revisiòn de la Guia de Evaluaciòn y aplicaciòn de la misma.

Posteriormente se pasò a dar respuesta a la guia de evaluaciòn:

En Guatemala los fenòmenos que dependiendo de su intensidad puedan desencadenar un Desastre en su orden son:

Inundaciones,
Deslaves,
Derrumbes,
Movimientos sìsmicos,
Erupciones volcànicas,
Otros (accidentes, trànsito, terremotos, etc.)

Los fenòmenos producen màs daño a la poblaciòn y al pais en tèrminos de:

Lesiones traumàticas: terremotos, accidentes de trànsito, enfermedades infecciosas: inundaciones y deslaves, otros: erupciones volcànicas

En tèrminos de pèrdidas materiales son:

Cultivos: inundaciones, deslaves; viviendas: terremotos, inundaciones; vias y medios de comunicaciòn: deslaves, terremotos, inundaciones.

Y de economìa:

Personal: inundaciones; familiar: inundaciones; comunitaria: inundaciones; estatal: inundaciones.

La atenciòn de situaciones de Desastres se encuentra coordinada a traves del Comitè Nacional de Emergencia (CONE) a traves de sus planes de trabajo y del tipo de desastre, asì mismo existen comites departamentales de emergencia coordinados por los gobernadores.

Ademàs participan las siguientes instituciones en apoyo al CONE.

- Ministerio de Salud Pùblica y Asistencia Social;
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social;
- Comitè de Reconstrucciòn Nacional (CRN);
- Cuerpos de Bomberos;
- Direcciòn General de Caminos;
- Direcciòn General de Obras Pùblicas;
- Cruz Roja;
- Radioaficionados de Guatemala;
- Aereonàutica Civil;
- Policia Nacional;
- Ejèrcito Nacional;
- Arbon;
- Medios de comunicaciòn.

Los programas de capacitaciòn existentes en preparativos para desastres son:

- CONE: a magisterio y Comitès Departamentales;

- SECTOR SALUD: personal de salud hospitalaria de Centros y Puestos de Salud, Instituciones de Servicio a traves de la Unidad de Desastres.

- SECTOR EDUCACION: el magisterio actùa como multiplicador de la capacitaciòn dada por el CONE.

- SECTOR PRIVADO: ninguna.

- OTROS SECTORES: ninguna.

Los programas de información y educación sobre preparación para casos de desastres a grupos de población y población en general existentes son:

- CONE: programa informativos, dirigidos a la población que se encuentran en áreas de riesgo.

- SECTOR SALUD: se preparan a grupos comunitarios.

La OPS ha contribuido a:

- FORMACION DE RECURSOS:

INTERNACIONALMENTE: Coordinador de Unidad de Desastres, Encargado de Desastres de Hospitales Roosevelt y General.

NACIONAL: Jefes de área, directores de hospitales nacionales, personal de salud, bomberos, maestros.

- CUAL HA SIDO SU APORTE:

Replicación de los conocimientos adquiridos, formación de Comités de emergencia de sus comunidades.

Hasta el momento la magnitud de estos recursos ha sido en cantidad aceptable y se han utilizado mayoritariamente en la reproducción del material que se utiliza en los diversos cursos de preparación para Situaciones de Desastres así como para el montaje de los simulacros de atención a heridos en masa.

Se ha logrado la organización de la Unidad de Desastres. Formación de consejos para situaciones de Desastres. Desarrollo de planes de emergencia de los hospitales de la república.

El país ha continuado el trabajo desarrollando y apoyando a la Unidad de Desastres, así como desarrollando técnicas y normas para situaciones de emergencia a desastre.

La cooperación técnica de acuerdo al grupo es vista de la siguiente forma:

Formación: Internacionalmente ha sido escasa debido a la no existencia de cursos formativos.

Nacional: se ha logrado cooperaciòn para el montaje de cursos a nivel nacional.

Asesorìa tècnica: desde que se establecìa la sede del Programa sub-Regional en Costa Rica ha disminuido considerablemente la asistencia tècnica de OPS hacia el paìs.

Insumos: La OPS, aunque en pocas cantidades ha colaborado con la Unidad de Desastres proporcionando insumos para el funcionamiento de la misma.

Hasta la fecha no se ha realizado ninguna investigaciòn, aun cuando se reconoce la necesidad de llevar investigaciones de los distintos tipos de desastres y su efecto sobre la salud, pero no se ha realizado por falta de apoyo y funcionamiento.

Durante los años de 1988 y 1989 las actividades programadas no fueron realizados en su totalidad y no en el tiempo establecido debido a contratiempos tanto de la Direciòn General de Servicios de Salud como de la OPS.

Por parte de la Direcciòn General de Servicios de Salud debido a que se le dio prioridad a otros programas relegando el de desastres para el ùltimo cuatrimestre de 1988.

Por parte de la representaciòn de OPS debido a cambios en los procedimientos administrativos para la entrega de fondos, como lo es la entrega fraccionada de los mismos para realizar una misma actividad.

La cooperaciòn tècnica por parte de la oficina subregional no ha sido la adecuada ya que se tienen requerimientos en la siguiente asesorìa directa:

Asistencia tècnica en el desarrollo de los distintos cursos; falta de cooperaciòn en el desarrollo de los simulacros; renovaciòn del material didàctico para el desarrollo de los cursos; cuando se solicita asistencia tècnica los asesores se limitan a realizar visitas que su permanencia serìa màs provechosa si se realizaran visitas a nivel departamental.

5. Recomendaciones sobre lineas de acciòn y desarrollo futuro de la cooperaciòn.

En apoyo a la resoluciòn No. 9 de preparativos para situaciones de Desastre, mantenemos la posiciòn de seguir

solicitando el apoyo de OPS/OMS para mejorar y ampliar los programas de Desastre, especialmente en lo referente a la Salud Pública en los siguientes campos:

a) Continuar el financiamiento de los distintos cursos de capacitación para el personal del Sector Salud, instituciones de servicio y líderes comunitarios.

b) Asistencia técnica para el desarrollo de investigaciones.

c) Apoyo en los componentes de supervisión y evaluación en el área rural.

d) Formación de personal del Sector Salud a nivel internacional.

e) Facilidades para la adquisición y reproducción de documentación nueva en desastres, así como material audiovisual para uso didáctico.