

**PROGRAMA DE COOPERACION  
TECNICA EN SALUD  
GUATEMALA  
1993 - 1995**



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

**Guatemala, julio 1993**

## INTRODUCCION

*La Representación de OPS/OMS en Guatemala ha preparado este documento como un aporte al proceso de transición y de evaluación de la cooperación técnica en el país. Felizmente ha coincidido su preparación con la especial circunstancia del reciente cambio en la administración gubernamental. En este trabajo se resume el fruto de las múltiples y concienzudas reuniones de monitoreo y evaluación periódica de la cooperación técnica efectuadas cada cuatrimestre con la participación de todos los consultores internacionales y nacionales que conforman el equipo de trabajo de esta oficina. Asimismo en su elaboración se ha vertido un esfuerzo permanente por interpretar y responder en forma eficaz y adecuada a los requerimientos expresados por las autoridades del sector y los responsables técnicos de los programas y niveles operativos en que se entrega nuestra cooperación. Es nuestro deseo que este informe del programa de cooperación técnica de la OPS/OMS en Guatemala se convierta en un instrumento útil para el análisis, evaluación y transformación progresiva de nuestro aporte al proceso de desarrollo de la salud, del bienestar y del futuro del pueblo de este hermano país. Nuestro agradecimiento a todos los funcionarios, amigos y compañeros cuyas contribuciones y aportes han hecho posible su elaboración.*

*Dr. Juan Antonio Casas  
Representante OPS/OMS  
Guatemala*

## INDICE

# COOPERACION TECNICA EN SALUD DE OPS EN GUATEMALA

COOPERACION TECNICA EN SALUD DE OPS EN GUATEMALA .....	1
ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION TECNICA .....	3
ANALISIS DE LA SITUACION .....	6
SALUD AMBIENTAL .....	11
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	11
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	11
C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	12
D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	12
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	14
1. SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO PÚBLICO DE AGUA Y SANEAMIENTO .....	14
2. CONTROL DE RIESGOS PARA LA SALUD RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE .....	18
3. MEDIO AMBIENTE Y SALUD PARA EL ISTMO CENTROAMERICANO - MASICA - .....	22
DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD .....	26
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	26
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	26

C	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ...	28
D	PROGRAMA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD, DHS .....	29
	COMPONENTE 01. DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD, APS/SILOS. ....	30
	COMPONENTE 02. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LA RED DE SERVICIOS. ....	30
	COMPONENTE 03. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL Y SISTEMAS DE GESTIÓN .....	31
	COMPONENTE 04. SALUD EN EL DESARROLLO .....	32
E.	COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	34
	1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD APS/SILOS .....	34
	2. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LA RED DE SERVICIOS .....	40
	3. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL Y LA GESTION DE SERVICIOS SIG/SIGLO .....	46
	4. SALUD Y DESARROLLO/ECONOMIA Y SALUD .....	52
	5. PREPARACIÓN PARA DESASTRES .....	61
	6. PROGRAMA DE DESARROLLO DE REFUGIADOS, RETORNADOS Y DESPLAZADOS PRODERE. ....	67
	7. SALUD Y DESARROLLO/SALUD PARA EL TRABAJADOR MIGRANTE Y SU FAMILIA .....	74
	8. PROYECTOS DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO .....	81

MEDICAMENTOS ESENCIALES .....	86
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	86
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	87
C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	88
D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	88
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	89
1. MEDICAMENTOS ESENCIALES .....	89
 INOCUIDAD DE ALIMENTOS .....	 97
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	97
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	98
C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	98
D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	99
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	101
1. PROTECCION DE ALIMENTOS .....	101
 DISEMINACION DE INFORMACION TECNICA Y CIENTIFICA (COMUNICACION SOCIAL Y PRENSA) .....	 108
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	108
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	109
C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA .	109
D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	109
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	111

	DISEMINACION DE INFORMACION TECNICA Y CIENTIFICA (COMUNICACION SOCIAL Y PRENSA) . . .	111
	RECURSOS HUMANOS EN SALUD . . . . .	119
A	ANALISIS DE LA SITUACION . . . . .	119
B	PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES . . . . .	121
C	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA . . . . .	122
D	ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION . . . . .	122
E	COMPONENTES DEL PROGRAMA . . . . .	124
1	RECURSOS HUMANOS EN SALUD . . . . .	124
2	FORMACION DE RECURSOS HUMANOS . . . . .	134
3	FORMACION DE RECURSOS HUMANOS . . . . .	140
	<b>ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS (EPIDEMIOLOGIA) . . . . .</b>	<b>145</b>
A	ANALISIS DE LA SITUACION . . . . .	145
B	PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES . . . . .	147
C	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA . . . . .	148
D	ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION . . . . .	148
E	COMPONENTES DEL PROGRAMA . . . . .	150
1	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y SUS TENDENCIAS (HDA) . . . . .	150
2	CONTROL DE RIESGOS RELACIONADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES . . . . .	158

MATERNO-INFANTIL .....	165
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	165
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	166
C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	166
D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	167
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	169
1. MATERNO INFANTIL Y ENFERMEDADES DIARREICAS .....	169
PROMOCION DE LA SALUD EN GUATEMALA .....	175
A. ANALISIS DE LA SITUACION .....	175
B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	176
C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	178
D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	178
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	180
1. PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN GUATEMALA .....	180
SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL .....	185
E. COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	186
1. ALIMENTACION Y NUTRICION HUMANA .....	186
2. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROCESOS DE DESARROLLO .....	192
CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES .....	199

A.	ANALISIS DE LA SITUACION .....	199
B.	PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	201
C.	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	201
D.	ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	201
E.	COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	203
1.	PLAN TRIENAL MALARIA (GUT-MAL-100) .....	203
2.	PROYECTO TUBERCULOSIS .....	207
3.	PROYECTO CHAGAS Y LEISHMANIASIS .....	211
4.	PROYECTO DE LABORATORIOS .....	215
5.	PROYECTO LEPRA .....	219
6.	PROYECTO DENGUE .....	223
<b>PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) .....</b>		<b>227</b>
A.	ANALISIS DE LA SITUACION .....	227
B.	PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	229
C.	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA ..	229
D.	ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION .....	229
E.	COMPONENTES DEL PROGRAMA .....	232
1.	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES .....	232
<b>MUJER SALUD Y DESARROLLO .....</b>		<b>239</b>
A.	ANALISIS DE LA SITUACION .....	239
B.	PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES .....	239



C	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA .	240
D	ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION . . . . .	241
E	COMPONENTES DEL PROGRAMA . . . . .	242
1.	SALUD INTEGRAL . . . . .	242
2.	PROYECTO MUJER INDIGENA . . . . .	246
SALUD PUBLICA VETERINARIA (ZONOSIS) . . . . .		250
A.	ANALISIS DE LA SITUACION . . . . .	250
B.	PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES . . . . .	250
C.	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA .	251
D.	ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION . . . . .	252
E.	COMPONENTES DEL PROGRAMA . . . . .	255
1.	ZONOSIS . . . . .	255
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) . . . . .		260
A.	ANALISIS DE LA SITUACION . . . . .	260
C.	AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA .	261
E.	COMPONENTES DEL PROGRAMA . . . . .	263
1.	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (GUT-HIV) . . . . .	263

## **COOPERACION TECNICA EN SALUD DE OPS EN GUATEMALA**

*La cooperación técnica de OPS con el sector de la salud pública en Guatemala, se orienta en 14 programas específicos que se resumen a continuación:*

1. **SALUD AMBIENTAL:** *El objetivo de la cooperación es el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de la población mediante el apoyo al país en la extensión de servicios de agua, saneamiento y el control de riesgos ambientales.*
2. **DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD:** *Coopera en la extensión de cobertura de atención primaria y en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), en regiones priorizadas por el Ministerio de Salud Pública y con énfasis a grupos vulnerables: madres, niños, migrantes, repatriados y refugiados.*
3. **MEDICAMENTOS ESENCIALES:** *Coopera en el fortalecimiento de los servicios farmacéuticos a fin de contar con medicamentos esenciales de calidad en forma oportuna, lo que a su vez, contribuya a propiciar una mayor credibilidad en los servicios de salud.*
4. **INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS:** *Contribuye a que a nivel nacional se expandan y se consuman alimentos de buena calidad, no adulterados, libres de contaminantes biológicos y químicos y que cumplan con las normas de calidad nutricional, mediante una correcta manipulación y un adecuado sistema de vigilancia y control.*
5. **DISEMINACION DE INFORMACION TECNICA Y CIENTIFICA (COMUNICACION SOCIAL Y PRENSA):** *Apoya las campañas de salud que persiguen aumentar coberturas, en la promoción de prácticas saludables, en la capacitación de periodistas y comunicadores sociales en el campo de la salud, en el diseño y diseminación de publicaciones educativas y técnicas, en la producción de materiales de promoción y en una mayor cobertura informativa.*
6. **RECURSOS HUMANOS EN SALUD:** *Su objetivo es cooperar con las autoridades nacionales para hacer transformaciones en la formación y utilización del personal de salud. Promueve la planificación, coordinación, supervisión y negociación y descentralización de los recursos humanos.*
7. **ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS (EPIDEMIOLOGIA):** *Apoya el uso y/o aplicación de los conocimientos y técnicas epidemiológicas en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades del sector. Ayuda a fortalecer la capacidad analítica y a superar dificultades fundamentales para transformar datos en información e información en conocimientos.*

8. *MATERNO - INFANTIL: Coopera en el desarrollo de los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional, de crecimiento y desarrollo, en aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de la atención pre-natal, perinatal, post-natal, de la atención morbi-mortalidad materna e infantil (infecciones respiratorias agudas, control de enfermedad diarreica) y en la consolidación de programas integrados de atención al adolescente.*
9. *PROMOCION DE LA SALUD: Su propósito es fortalecer las funciones de normatización, coordinación, supervisión y negociación, evaluando la situación actual así como las expectativas ideales y creando una instancia de discusión y de reflexión con sectores interesados.*
10. *CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: Contribuye en el desarrollo de la capacidad gerencial, técnica y operativa en los programas de Enfermedades Evitables, especialmente en aquellas transmitidas por vectores (malaria, chagas, leishmaniasis y dengue); en mejorar la capacidad de análisis de estas enfermedades y en fortalecer la red de laboratorios, especialmente los de referencia.*
11. *PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES: La cooperación está dirigida a reducir la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles a través del incremento y mantenimiento de las coberturas; a certificar la erradicación de la polio en el país, a eliminar el tétanos neonatal para 1995 y el sarampión para 1997 y a reforzar la vigilancia epidemiológica y el sistema de información, entre otros.*
12. *SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL: La asistencia está enfocada a fortalecer la capacidad técnica del Ministerio de Educación para promover el adecuado estado nutricional del escolar; a promover el enfoque de seguridad alimentaria en centros formadores de personal; a mejorar la disponibilidad de alimentos y a disminuir la prevalencia de enfermedades por deficiencia de Vitamina A, Hierro y Yodo.*
13. *MUJER, SALUD Y DESARROLLO: La finalidad de este programa es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la mujer y su familia, a través de la identificación y eliminación de los factores de género que inciden indiscriminatoriamente en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos de la atención sanitaria.*
14. *SALUD PUBLICA VETERINARIA: Brinda cooperación al Programa Nacional de Prevención, Control y Erradicación de la Rabia en el hombre y en el perro y otras zoonosis tales como :brucelosis, tuberculosis, leptospirosis, teniasis y cisticercosis. Apoya la coordinación interinstitucional entre los ministerios de Salud y Agricultura, fortaleciendo los servicios de salud animal.*

# ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION TECNICA

Los siguientes procesos estratégicos constituirán el eje del programa de cooperación de OPS durante el bienio:

1. Mejorar la identificación y atención de los grupos de mayor riesgo y postergación, incluyendo la población refugiada y desplazada, migrantes, marginados urbanos, la mujer indígena. Esto implica la implantación y extensión de servicios integrales orientadas a satisfacer las necesidades más básicas de la población en riesgo en lo relacionado con nutrición y alimentación, el nivel primario de atención y promoción de la salud, abastecimiento de servicios de agua y saneamiento básico, y otras intervenciones propias de la estrategia de Atención Primaria.
2. Apoyar el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y del proceso de descentralización y programación local de la gestión de los servicios de salud como mecanismo operativo para alcanzar la utilización óptima de los recursos disponibles a nivel nacional y local para la atención de la salud de la población. Este proceso facilitará la incorporación de los sectores no gubernamentales y privados en la gestión y entrega de servicios a nivel comunitario, incluyendo la Seguridad Social.
3. Desarrollar enfoques y métodos efectivos para el análisis, evaluación y adecuación de la capacidad resolutoria de la red de servicios en sus diferentes niveles, incluyendo los hospitales y los servicios ambulatorios de primera referencia.
4. Fomentar la capacidad nacional para el análisis y formulación de mecanismos y esquemas efectivos de financiamiento del sector salud, incluyendo la coordinación y complementación de los sectores público y privado.

Los procesos anteriores servirán como fundamento para la tarea fundamental que enfrenta el país para poder lograr las metas señaladas y para hacer operativas las estrategias descritas, es decir, la reorganización del sector salud. Será sobre la base de una redefinición estratégica del modelo de salud, tomando en cuenta los probables escenarios futuros en lo que respecta a las capacidades técnicas, administrativas, políticas y económicas del país, que se podrán articular los diferentes componentes que conforman el sector en un nuevo esquema de desarrollo de la salud para el mediano y largo plazo. Este proceso implicará fortalecer la capacidad de conducción del sector, sobre todo en lo que respecta a la planificación estratégica y vinculación de la salud en la política global de desarrollo del país.

Las estrategias de la OPS/OMS para la provisión de cooperación técnica en estos campos se basará en el desarrollo de los siguientes enfoques estratégicos:

- La movilización de recursos técnicos y financieros.
- La difusión de la información científico-técnica.

- Asesoría técnica para la formulación de políticas, planes, programas y normas.
- Promoción de la investigación aplicada y generación del conocimiento y transformación de los problemas prioritarios de salud.
- Formación y capacitación de recursos humanos.
- Utilización de los medios masivos de comunicación para informar a la opinión pública y población en general acerca de los temas de salud de mayor prioridad e impacto.
- Fomento de la cooperación técnica entre países para la resolución de problemas comunes.
- Estimular a los tomadores de decisión y a la opinión pública para que la preocupación por lograr una mayor equidad en la salud esté presente en los planes y programas del Gobierno para la estabilización y ajuste estructural y el desarrollo económico y social.

Los siguientes problemas o programas de salud serán atendidos en forma prioritaria por la cooperación técnica por ser aquellos que mas se relacionan con los procesos estratégicos anteriores y/o por responder en forma mas directa a los problemas y prioridades derivados del perfil epidemiológico actual y sus tendencias:

1. Fortalecer la capacidad nacional de análisis y vigilancia epidemiológica, incluyendo formación y educación permanente de epidemiólogos así como reforzamiento de laboratorios de referencia.
2. Apoyar el proceso de desarrollo de la extensión de cobertura del Ministerio de Salud y la Seguridad Social hacia grupos postergados y de riesgo.
3. La formación y educación permanente de los gerentes de la red de servicios en sus diferentes niveles.
4. Propiciar un proceso nacional de desarrollo de los recursos humanos con enfoque estratégico y fortalecer la capacidad de conducción y gestión de las unidades formadoras de recursos humanos.
5. Apoyar el desarrollo de la capacidad de las diferentes instituciones que conforman el sector (MSPAS, IGSS, Universidades, ONG's, Sector Privado) en el análisis estratégico y generación y difusión del conocimiento acerca de la problemática nacional en salud.

6. Apoyar la capacidad nacional de producir, abastecerse y distribuir y hacer accesible los medicamentos y otros insumos críticos para las intervenciones en salud, así como para realizar un adecuado mantenimiento de la infraestructura existente.
7. Mejorar los servicios de atención y promoción de la salud de madres y niños.
8. Promover la aplicación del enfoque de género en la identificación y formulación de intervenciones para atender las demandas de salud de la población.
9. Apoyar la ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Agua Rural y la formulación del Plan Nacional de Agua y Saneamiento Urbano.
10. Promover y fortalecer la capacidad nacional para reducir y controlar los riesgos a la salud derivados de la contaminación del medio ambiente.
11. Mejorar los programas de salud pública veterinaria y protección de alimentos.
12. Fortalecer el control y prevención de las enfermedades transmisibles de mayor incidencia o potencial riesgo: malaria, dengue, tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, rabia urbana, SIDA, y el cólera.
13. Promover la prevención de enfermedades no transmisibles en ascenso (accidentes y violencia, cáncer, tabaquismo, discapacidades, cardiovasculares, trastornos mentales, drogadicción, alcoholismo) mediante su caracterización epidemiológica y la promoción de estilos y hábitos de vida apropiados.

# ANALISIS DE LA SITUACION

## ASPECTOS DEMOGRAFICOS:

La población del país se estimaba en 9.197.351 habitantes para 1990. Los grupos Materno-Infantil alcanza casi el 65% de la población, las mujeres son ligeramente más numerosas para todos los grupos de edad.

La población adulta y de edad avanzada, muestran una tendencia sostenida a incrementarse en la próxima década con predominio de áreas urbanas, debido al aumento en la esperanza de vida.

Se estima que la población indígena representa un 43.78% de la población total del país.

La población rural representa el 61.9%. Se estima que la población económicamente activa representa únicamente el 25.2% de la población total.

Las proyecciones para el año 2000 mantienen las características antes descritas con acentuación del fenómeno de urbanización.

## SITUACION DE SALUD

La tasa general de mortalidad para 1989 se estimaba en 13.7 defunciones por 1,000 habitantes.

El acceso a los servicios de Salud continúa siendo una dificultad no superada, el 75.6% de las defunciones ocurren en el domicilio, el 19.1% en hospitales, el 4% en la vía pública y el 1.3% en casas de salud. El 42.9% de la población no recibe atención médica antes de su defunción.

Las principales causas de defunción son:

1. Diarreas (Tasa 14.4 X 100,000 habitantes)
2. Infecciones Respiratorias agudas (11.2)
3. Desnutrición (5.2)
4. Trastornos de los líquidos elecetrolíticos y del equilibrio Acido Básico (2.3)
5. Infarto agudo del Miocardio (1.6)

A las enfermedades infecciosas corresponden más del 40% de las defunciones.

Las primeras causas de morbilidad según demanda de servicios al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1986, fueron:

1. Infecciones Respiratorias agudas
2. Parasitismo Intestinal
3. Síndrome Diarreico
4. Deficiencia nutricional
5. Enfermedades de la piel.

Las causas anteriores constituyeron aproximadamente el 47% de las consultas.

La mortalidad infantil se reportó para 1988 de 51.3 por 1,000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna en 1989 fue de 20.22 por 10,000 nacidos vivos, la cual es mayor que la reportada en años anteriores lo cual se atribuye a dificultades en el Registro, complicaciones en el curso del trabajo de parto, más del 50% del total de la Mortalidad Materna constituyen solo el 25% de las mujeres embarazadas en áreas rurales recibe atención prenatal; esta proporción desciende a 17% entre mujeres indígenas. Entre mujeres con ninguna instrucción, solo el 18% recibe atención prenatal profesional, mientras que el 86% de las mujeres embarazadas que han cursado la enseñanza secundaria recibió esta atención.

La Tuberculosis Pulmonar continúa siendo un problema importante de salud, para 1990 se reportaron 2.142 casos, lo cual representa un incremento de más del 12% en relación al año anterior.

En el período 1989-1990 una epidemia de Sarampión afectó al país dejando un saldo de más de 4.000 defunciones en su mayoría a menores de 5 años, las coberturas de vacunación con todavía insuficientes para garantizar protección completa de la población; en 1990 se han reportado 3 casos con Polio Virus Salvaje. El país es Zona Endémica de Malaria. El 51.5% del territorio nacional se clasifica como área de riesgo de albergar *Aedes Aegypti*; La aparición de casos de dengue podría afectar a un 64% del total de la población del país.

El número de casos notificados de personas infectadas con el VIH, de pacientes con el complejo asociado con el SIDA y de casos confirmados de SIDA ha venido aumentando rápidamente a partir del Segundo Semestre de 1984, cuando se presentaron 2 casos; para 1990 ya se habían acumulado 131 casos.

Se han incrementado los accidentes con predominio de los laborales y del grupo etáreo de 15 a 44 años, afectando 3 veces más al sexo masculino.

Las tasas de accidentes por Departamento varían desde 5 hasta 68 X 10.000 habitantes (que corresponden a Huehuetenango y Santa Rosa respectivamente).



Los accidentes cerebro-vasculares (Tasa de 4.5 X 100,000 habitantes) Diabetes Mellitus (Tasa de 2.7 X 100,000 habitantes), Cáncer Cérvico-Uterino (Tasa de 1.9 X 100,000 habitantes) e Hipertensión Arterial (Tasa de 1.6 X 100,000 habitantes) son las principales causas de mortalidad por enfermedades crónicas reportadas para 1989.

El país ha sufrido en la última década un deterioro de la calidad del medio ambiente que se atribuye principalmente a los problemas de industrialización y urbanización, se han identificado como las principales: la deforestación, la contaminación del aire, las sustancias químicas tóxicas (en el sector rural principalmente por plaguicidas) y el aumento de los niveles de ruido.

De acuerdo a una evaluación de marzo de 1990, la cobertura de agua potable para el área rural es de 41.2% y de servicios de disposición de excretas de 47.9%.

Oficialmente no se reporta información que describa la ubicación y comportamiento de los grupos.

Es necesario obtener mayor información etnográfica y sobre aspectos sociales, para poder caracterizar mejor la población y sus necesidades en salud.

Se estimó que en 1989 un 95.7% de la población económicamente activa se clasifica en situación de pobreza, de estos un 80.1% se consideró que se clasifica en el grupo de extrema pobreza (con un ingreso anual mensual inferior al costo de la canasta de alimentos). Para este mismo año se estimó un desempleo del 61%, del cual un 10% corresponde al desempleo abierto y un 51% al desempleo "invisible".

## **SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD**

El Sistema de Salud no ha experimentado cambios estructurales en los últimos años, esta compuesto por:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Municipalidades (Suministros de Agua y eliminación de desechos)
- Sanidad Militar
- Sector Privado, primordialmente en la capital.
- Cuidados de Salud a través del Sistema Tradicional (Se estima que cubren más del 50% de la población).
- Instituciones formadoras de Recursos Humanos de Salud.

Se estima que existen aproximadamente 600 organizaciones no gubernamentales dedicadas a dar servicios de salud que se estiman atienden casi un 20% de la población. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social atiende únicamente un 24% y el Instituto Guatemalteco de Seguridad social un 15% de la población.

***SALUD AMBIENTAL***

Entre las dificultades mayores identificadas en el Sector de Servicios se encuentran: La falta de capacidad gerencial, la inadecuada cobertura (más del 40% de la población no tiene acceso a los servicios de salud), la baja capacidad operativa, falta de insumos críticos (como medicamentos y material médico quirúrgico), serias deficiencias en el mantenimiento de la infraestructura y la escasez de recursos financieros para operar los servicios lo cual se refleja en la crisis hospitalaria por la que el país atraviesa actualmente.

La información sobre la capacidad resolutive de los servicios no se encuentra disponible, sin embargo existe información sobre producción de los mismos.

- Se ofrecen 16 Consultas por cada 100 habitantes (1987) de las cuales el 61% son primeras consultas las que se atribuyen a:
  - Programa pediátrico 50%
  - Programa Materno 12%
  - Programa General 38%
  - Se observó un 55% de ocupación de camas, con un promedio de 6 días de estadía y un giro de 35.8 pacientes por cama. el costo promedio por cama ocupada fue de Q. 36.74 por día.

Existen 216 puestos de salud, 184 Centros de Salud Tipo B (sin camas), 32 centros de salud tipo A (con camas), y un total de 35 hospitales de distrito, de área, regionales y nacionales. Estos servicios están organizados en 24 Areas de Salud y estas en ocho regiones. En los 35 hospitales, el Ministerio de Salud Pública tiene 8.035 camas, el 42% de las cuales están en el Departamento de Guatemala. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social contaba con 2,332 camas, las fuerzas armadas con 500 camas y el sector privado con 2,500 camas.

## FINANCIAMIENTO DEL SECTOR

El sector Público representa en el país menos del 8% del Producto Nacional Bruto, esta proporción es la más baja de América y una de las más bajas en el mundo. Al sector social en su conjunto le corresponde únicamente el 24% del presupuesto nacional y de esto un tercio se asigna a salud.

El gasto del Gobierno Central en Salud por persona en el período 1972-1979 fue de \$ 12.06 subiendo levemente a 12.58% en el período 1980-1986, si se toma en consideración la inflación y el proceso de deterioro general prácticamente se disminuyó esa asignación.

La asignación presupuestaria para el Ministerio de Salud Pública en 1989 y 1990 fue de 63.2 millones de dólares y para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para esos mismos años de 56 millones de dólares.

## ESTRATEGIAS Y PLANES NACIONALES DE SALUD

El nuevo gobierno de la República está en el proceso de definición de las líneas prioritarias de desarrollo para el corto y mediano plazo. Actualmente se han definido en términos generales las siguientes metas en el campo de la salud:

1. Reducción de la mortalidad infantil
2. Eliminación de la polio por virus salvaje
3. Extensión de cobertura básica de servicios de atención primaria a toda la población, con énfasis en los grupos más postergados
4. Aumentar la capacidad resolutive y operacional de la red de servicios, sobre todo del nivel hospitalario intermedio y atención ambulatoria.
5. Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos y otros insumos críticos para la atención de la salud de la población.

Para lograr estas metas, las siguientes estrategias han sido esbozadas y están en proceso de ser desarrolladas:

1. Fortalecer la conducción del sector y desarrollar mecanismos efectivos de coordinación intersectorial mediante el establecimiento del consejo Nacional de Salud.
2. Fomentar la participación del sector no gubernamental y del sector privado en la entrega de servicios de salud a la población.
3. Mejorar la gestión de los servicios de atención mediante el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud.
4. Establecer y fortalecer los mecanismos de coordinación operacional entre el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
5. Racionalizar y optimizar la movilización y utilización de los recursos técnicos y financieros nacionales e internacionales disponibles para el desarrollo del sector.

El nuevo gobierno ha establecido el logro de las metas enunciadas como prioridades nacionales de cooperación técnica; así mismo, se espera cooperación técnica en la aplicación de las estrategias establecidas. El Ministerio de Salud ha solicitado a OPS toda la cooperación que pueda brindarse en estas Areas. En algunas de ellas se trabajará en forma coordinada con otras Agencias.

## SALUD AMBIENTAL

El objetivo de la cooperación es el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de la población mediante el apoyo al País en la extensión de servicios de agua y saneamiento y el control de riesgos ambientales.

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

Indicadores del estado del sector

La situación ambiental, a pesar de los esfuerzos que se iniciaron en la década pasada, sigue siendo deficitaria. El 63% de la población del país tiene acceso a algún servicio de agua. Se atiende el 87% de la población urbana y el 43% a la población del Area Rural. En cuanto a las coberturas de saneamiento se atiende a un total del 59% de la población. En las cabeceras urbanas se cubre el 72% con un sistema de alcantarillado y el 51% de las comunidades rurales con letrinas sanitarias. Se considera que un 5% de las aguas servidas reciben algún tratamiento. La disposición de los desechos sólidos es deficitaria, la capital produce 1,000 toneladas diarias y se disponen sin ningún tratamiento. Las cabeceras municipales carecen de un sistema de aseo urbano. En el área metropolitana se ha incrementado el deterioro ambiental por el exceso de contaminantes producidos por el sector industrial.

Factores que afectan las condiciones del sector:

En el sector existe una serie de instituciones gubernamentales y de desarrollo que atienden especialmente al sector urbano-marginal y rural, situación que repercute en la duplicación de esfuerzos y recursos que hacen difícil su coordinación.

La ausencia de recursos para la preinversión imposibilita disponer de una cartera de proyectos de inversión susceptibles de ejecutar.

### B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

El gobierno ha formulado el Plan de Acción de Desarrollo Social, el cual fija la directriz del Sector Salud y se establecen estrategias y políticas de Salud Ambiental a través de programas y proyectos que se orientan a incrementar las coberturas de abastecimiento de agua de consumo humano, disposición adecuada de excretas, tanto al área urbana, como al sector urbano marginal y rural. Se pretende incrementar el número de servicios municipales de agua con algún sistema de desinfección.

Además se ha conformado el Consejo Nacional para el Manejo de los Desechos Sólidos, con el propósito de formular Planes que incluyan la atención a cabeceras municipales y la disposición adecuada de desechos hospitalarios y tóxico-peligrosos.

Con la creación de la Secretaría de Recursos Hídricos se manifiesta la voluntad del gobierno de orientar el recurso y darle prioridad al agua para consumo humano.

El Plan Nacional de Ecología y Salud, formulado a partir de las conferencias de medio ambiente UNCED-92, orienta el que hacer de la Salud y el Medio Ambiente en Guatemala, y su ejecución se verá fortalecido a través de la iniciativa del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud.

### C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA

En el campo de los servicios de abastecimiento público de agua y saneamiento, el país ha definido como prioritario el apoyo para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. Especial importancia deberá darse a la disposición sanitaria de excretas y aguas residuales.

En control de riesgo para la salud relacionados con el Medio Ambiente, Guatemala ha solicitado apoyo en los campos de la contaminación del aire, el manejo de plaguicidas, la disposición de desechos y la protección de fuentes de agua de consumo humano.

Definidas las líneas temáticas, el Programa de Salud y Ambiente concentrará sus esfuerzos en el fortalecimiento de la capacidad de gestión de las instituciones del sector, el desarrollo de la capacidad nacional de preparación de proyectos de inversión, la promoción de la participación social y el desarrollo de tecnologías apropiadas.

### D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

La estrategia de trabajo estará enmarcada en los lineamientos del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud y el Fondo Multilateral de la Preinversión para el Plan.

El Programa de inversiones deberá verse como un instrumento para conseguir las reformas necesarias en el país, a fin de ofrecer los servicios de salud y saneamiento básico que la población precisa.

El Programa Nacional de Inversiones en Ambiente y Salud requerirá de voluntad política para movilizar recursos, deberá generarse una capacidad ampliada de las

instituciones nacionales y será imprescindible la participación de la población en la planificación, ejecución y control de las inversiones. Es en este sentido una estrategia que aborda problemas fundamentales de salud y calidad de vida, fomentando un proceso de desarrollo alternativo.

Las inversiones en agua y saneamiento atacan al mismo tiempo las causas fundamentales de la mayor fuente de morbi-mortalidad en el país: las enfermedades diarreicas incluyendo el cólera.

En este contexto, el Programa de Salud Ambiental de la Representación será preponderantemente un gerente movilizador de recursos nacionales y regionales, de la Sede y de los Centros (CEPIS y ECO) para apoyar las acciones del país. Un recurso importante lo constituyen los fondos del Proyecto MASICA.

Cabe recalcar que Guatemala es la Sede de diversos programas subregionales como RRAS-CA/ PNUD-BM, ERIS, ROCAP, ICAITI, Agua y Saneamiento de UNICEF y CCAD. La coordinación que desarrolle esta Representación contribuirá en beneficio del Programa Subregional de la Organización en Salud y Ambiente.

E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

1. SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO PÚBLICO DE AGUA  
Y SANEAMIENTO

a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Servicios de Abastecimiento Público de Agua y Saneamiento
2. División: HPE
3. Responsable: Ing. Mauricio Pardon
4. Consultores Colaboradores: Ing. Jorge Menaldo
5. Apoyo al Proyecto: Sra. Esmeralda de Juárez
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramatica: PRODERE, Proyecto Migrantes, Epidemiología, Recursos Humanos, Promoción de la Salud, Desarrollo de Servicios de Salud.
  - 6.2 Interagencial: Se coordina con UNICEF, RRAS-CA, WASH, BID, AIDIS, CAPRE, ICAITI, SEGEPLAN, Secretaría de Recursos Hidráulicos, UNEPAR, INFOM, EMPAGUA, DSM y ERIS, ONG's y consultores privados.



b. **CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa.
  - 1.1 Déficit de servicios de abastecimiento de agua y sistemas de disposición de excretas y de aguas servidas.
  - 1.2 Débil capacidad institucional y desorganización del sector.
  - 1.3 Servicios de abastecimiento inadecuados.
  
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del programa:
  - 2.1 Ampliación de la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua y disposición sanitaria de excretas y aguas residuales.
  - 2.2 Mejoramiento de la calidad de los servicios.
  - 2.3 Desarrollo de la capacidad de manejo de las instituciones.
  - 2.4 Desarrollo de la capacidad de preparación de proyectos de inversión en el Sector.
  - 2.5 Desarrollo de SILOS
  
3. Ejes de la cooperación técnica:
  - 3.1 Mejoramiento de cuadros gerenciales y técnicos, orientados a la preparación y ejecución de proyectos de inversión.
  - 3.2 Adaptación de tecnologías apropiadas.
  - 3.3 Capacitación de operadores y administradores de abastecimientos
  - 3.4 Mejoramiento de la calidad de agua; promoción de la desinfección y de dispositivos intradomiciliarios.
  - 3.5 Apoyo a la aplicación de planes y programas para el acondicionamiento de aguas residuales y la disposición sanitaria de excretas.
  - 3.6 Apoyo a programas de educación en higiene y participación social.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las orientaciones estrategias y prioridades programaticas: Se promueve el desarrollo institucional a fin de incrementar las inversiones en el sector y mejorar los servicios. Se promueve la participación social en el marco de SILOS. El trabajo de letrización se focaliza en grupos de alto riesgo.

2. Progreso:

2.1 La debilidad institucional dificulta la proyección de la cooperación. Dispersión institucional. Existe adicionalmente descoordinación entre las AEA.

2.2 Se ha logrado consolidar un programa de trabajo con el INFOM y EMPAGUA, a fin de que con el apoyo del CEPIS y el Nivel Central se fortalezcan las unidades responsables de incrementar la cobertura y mejorar los servicios de abastecimiento de agua y tratamiento de aguas residuales a cabeceras municipales del país.

Se consiguió el Acuerdo Gubernativo que institucionaliza el PIAS. Se trabaja con SEGEPLAN en el desarrollo del programa.

Se colabora con el MSPAS en el desarrollo de aspectos de promoción social y planificación en el marco del Plan Nacional de Letrinización.

Se ha apoyado la capacitación de comités locales de agua.

2.3 Todas las actividades del APB han sido iniciadas. Al 1o de julio se ha obligado el 75% del presupuesto regular y 20% del extrapresupuestario (disponible a partir de julio)

2.4 Apoyo Regional: Se ha recibido apoyo del CEPIS y HPE Washington, así como de CWS/OMS.

3. Recursos financieros (APB y PTC):

3.1 Presupuestarios: USD 90,000

3.2 Extrapresupuestarios: USD 120,000  
Cooperación Intensificada, OMS.

3.3 Porcentaje de Ejecución (al 1 julio 1993):

Asignado: USD 210,000

Obligado: USD 92,000

Gastado: USD 40,000

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante.  
Ninguna.
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995. (Aspectos importantes que puedan influir en la cooperación técnica del programa). La promulgación de la Ley General de Agua y la consolidación de la Secretaría de Recursos Hidráulicos como ente rector para el sector agua y saneamiento. La actividad de los fondos de compensación auspiciados por los Bancos de desarrollo pueden hacer disponibles recursos importantes al sector. Sin embargo existen presiones de agencias como UNICEF para que estos se manejen al margen de las instituciones nacionales con el argumento de su inoperancia. Se anticipa una actividad importante del "tercer sector" en la provisión e servicios sanitarios.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Ing. Guillermo García Ovalle  
Jefe de la División de Saneamiento del Medio - MSPAS -
2. Lic. Gustavo Leal  
Gerente del INFOM.
3. Ing. Carlos Quezada  
Gerente de EMPAGUA
4. Ing. Arturo Acajabón  
Director de ERIS
5. Ing. Raúl Santos  
Director de UNEPAR

## 2. CONTROL DE RIESGOS PARA LA SALUD RELACIONADOS CON EL MEDIO AMBIENTE

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Control de riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente.
2. División: HPE
3. Responsable: Ing. Mauricio Pardón
4. Consultores Colaboradores: Ing. Jorge Menaldo
5. Apoyo al Proyecto: Sra. Esmeralda de Juárez
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: Mujer Salud y Desarrollo, Desarrollo de Servicios,
  - 6.2 Interagencial: Coordina con INCAP, AID/ROCAP, UNICEF, INFOM. CCAD. CONAMA. ERIS. LUCAM. Municipalidades, SRH, Congreso Nacional
  - 6.3 Entre países: Centroamérica.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al proyecto.
  - 1.1 Disminución de riesgos para la salud asociados con la contaminación del aire, manejo de plaguicidas, la disposición de desechos, las condiciones inadecuadas en el trabajo.
  - 1.2 Protección de fuentes de agua para consumo humano.
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del programa:
  - 2.1 Fortalecimiento de la capacidad de gestión de las instituciones del sector.
  - 2.2 Desarrollo de la capacidad de preparación de proyectos de inversión.
  - 2.3 Desarrollo de acciones de sensibilización sobre temas críticos
3. Ejes de la cooperación técnica:
  - 3.1 Capacitación en evaluación de impacto ambiental y evaluación y manejo de riesgos.
  - 3.2 Apoyo a la preparación de planes y programas en ambiente y salud.
  - 3.3 Fortalecimiento a las comisiones nacionales en el área de plaguicidas.
  - 3.4 Diagnóstico y diseminación de información sobre contaminación de aire.
  - 3.5 Promoción de la protección de fuentes de agua de consumo.
  - 3.6 Preparación de lineamientos metodológicos para la elaboración de planes locales de aseo urbano. Apoyo al desarrollo de financiamientos y capacitación de cuadros técnicos.
  - 3.7 Preparación de proyecto de factibilidad para el manejo de desechos hospitalarios en Ciudad de Guatemala.
  - 3.8 Implementación del plan de salud de los trabajadores.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las orientaciones estrategias y prioridades programaticas: Se promueve la planificación estratégica orientada a la movilización de recursos al sector ambiental y la salud. Se trabaja en el fortalecimiento institucional, el desarrollo de recursos humanos y en la preparación de proyectos que involucren a instituciones nacionales, privadas, del tercer sector, y al público en general.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución: La ejecución se realiza con el apoyo de las instituciones, de acuerdo a sus capacidades. La actividad en el área de control de riesgos resulta insuficiente para los problemas del País.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes: Se trabaja con un equipo multidisciplinario en la preparación de lineamientos metodológicos para el manejo de los desechos sólidos en el país; el trabajo durará todo el año y contempla la implementación de un proyecto piloto en la ciudad de Retalhuleu. El mismo equipo desarrolla el proyecto de disposición de desechos hospitalarios para Guatemala Ciudad. Se ha comisionado un diagnóstico de contaminación de aire en la zona metropolitana de Guatemala el cual será presentado en un taller ad-hoc auspiciado por la Sociedad de Neumología de Guatemala. Se ha institucionalizado el PIAS, y se trabaja con SEGEPLAN y el MSPAS en su desarrollos; el proceso está asociado al Plan de Acción en Ecología y Salud PANES/MASICA.

2.3 Grado de avance (1 julio 1993): Se ha comprometido el 70% de los recursos presupuestarios, y el 40% de los extrapresupuestarios.

2.4 Apoyo Regional: El programa recibe apoyo regional a través del Programa MASICA/PROFIN.

3. Recursos financieros (apb y ptc):

3.1 Presupuestarios: USD 22,000

3.2 Extrapresupuestarios: USD 20,000  
MASICA/PROFIN; disponibles a partir de julio 1993

3.3 Porcentaje de Ejecución (1 julio 1993):

Asignado: USD 42,000

Obligado: USD 12,000.00

Gastado: 8,000.00

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante. Desarrollo de programas de trabajo con ECO.
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995. (Aspectos importantes que puedan influir en la cooperación técnica del programa). Incremento de requerimientos de cooperación en el campo de la contaminación ambiental y su impacto en la salud.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. (Pto. Focal MASICA)
2. Viceministra de Salud Pública y Asistencia Social
3. Ing. Guillermo García Ovalle (Pto. Focal Adjunto)
4. Jefe de la División de Saneamiento del Medio - MSPAS -
5. Coordinador de la Comisión Nacional del Medio Ambiente -CONAMA -.
6. Lic. Gustavo Leal  
Gerente del INFOM.
7. Ing. Carlos Quezada  
Gerente de EMPAGUA
8. Ing. Arturo Acajabón  
Director de ERIS
9. Ing. Raúl Santos  
Director de UNEPAR
10. Ing. Jorge Cabrera  
Secretario CCAD
11. Lic. Arturo Amiel  
Comisión Nacional del Medio Ambiente, Congreso de la República.
12. Lic. Felipe Franco  
Presidente de la Comisión del Medio Ambiente PARLATINO

3 MEDIO AMBIENTE Y SALUD PARA EL ISTMO  
CENTROAMERICANO  
- MASICA -

a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Medio Ambiente y Salud para el Istmo Centroamericano  
- MASICA -  
Proyecto Vigilancia de Calidad de Agua y Conservación de Recursos Hídricos.
2. División: HPE
3. Responsable: Ing. Jorge Menaldo
4. Consultores Colaboradores: Ing. Mauricio Pardón
5. Apoyo al Proyecto: Sra. Esmeralda de Juárez
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
El Programa MASICA/HPE coordina con los programas: Mujer Salud y Desarrollo, Recursos Humanos, Epidemiología.
  - 6.2 Interagencial: Se coordina con UNICEF, AID/ROCAP, EPA, BID, INCAP, ICAITI, CAPRE/GTZ, ASDI, SEGEPLAN, CONAMA, INFOM, Saneamiento del Medio, EMPAGUA, ERIS y LUCAM, ONG's y consultoras privadas.
  - 6.3 Entre países: Por ser un proyecto regional, se coordina con los países del área; Belice, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Costa Rica y Panamá.



b. **CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa.
  - 1.1 Debilidad institucional en el campo monitoreo ambiental y aplicación de normas.
  - 1.2 Calidad inadecuada de los servicios de agua.
  - 1.3 Ausencia de acondicionamiento de aguas residuales antes de su descarga a los cursos de agua, y defecación al aire libre.
  
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del proyecto:
  - 2.1 Desarrollo de un programa articulado de vigilancia basado en el sector salud.
  - 2.2 Desarrollo de tecnologías e implementación de estrategias orientadas al mejoramiento de los servicios de agua, y a la disposición sanitaria de excretas y aguas residuales.
  - 2.3 Desarrollo de sistemas de información
  - 2.4 Desarrollo e implementación de normas técnicas
  
3. Ejes de la cooperación técnica:
  - 3.1 Desarrollo de leyes, reglamentos y métodos
  - 3.2 Capacitación
  - 3.3 Desarrollo tecnológico (agua y aguas residuales)
  - 3.4 Vigilancia epidemiológica
  - 3.5 Vigilancia y monitoreo de servicios de agua
  - 3.6 Participación social

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. **General:**

Relación con las orientaciones estrategias y prioridades programaticas: El Proyecto está orientado a la generación y manejo de información que promueva sistemas de abastecimiento y fuentes de agua seguros para la vida humana. Promueve asimismo la participación social para la consecución del fin citado.

2. **Progreso:**

2.1 Problemas encontrados en la ejecución: Estado preliminar de ejecución. Se anticipa debilidad institucional para asimilar rápidamente las múltiples facetas del proyecto.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes: Se cuenta con el proyecto y el equipo técnico para el inicio de actividades de vigilancia y monitoreo en la Región II. Se ha suscrito acuerdos y programas de trabajo con INFOM y EMPAGUA para el mejoramiento de plantas de agua y aguas residuales. Se viene trabajando con COGUANOR en desarrollo de normas de calidad de agua de bebida.

2.3 Grado de avance. El proyecto ha contado con financiamiento a partir del PTC 2 /93. Al 1o de julio se ha comprometido acciones por USD 76 mil, de un total de USD 125 mil disponibles para el Cuatrimestre.

2.4 Apoyo Regional: El Proyecto recibe el apoyo de la Coordinación Regional, del Nivel Central y de CEPIS.

3. **Recursos financieros (APB y PTC):**

3.1 **Presupuestarios:**

3.2 **Extrapresupuestarios: APB USD 250,000**  
**PTC 2 125,000**

3.3 **Porcentaje de Ejecución (1 julio 1993):**  
**Asignado: USD 125,000**  
**Obligado: USD 24,000**

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante.  
Ninguna
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995. (aspectos importantes que puedan influir en la cooperación técnica del proyecto). La continuidad del financiamiento por parte de ASDI, la consolidación de Instituciones Nacionales como la Secretaría de Recursos Hidráulicos y la promulgación de la Ley General de Aguas.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. (Pto. Focal)  
Viceministra de Salud Pública y Asistencia Social
2. Ing. Guillermo García Ovalle (Pto. Focal Adjunto)  
Jefe de la División de Saneamiento del Medio - MSPAS -
3. Coordinadora de la Comisión Nacional del Medio Ambiente -CONAMA -.
4. Lic. Gustavo Leal  
Gerente del INFOM.
5. Ing. Carlos Quezada  
Gerente de EMPAGUA
6. Ing. Arturo Acajábón  
Director de ERIS
7. Ing. Raúl Santos  
Director de UNEPAR
8. Ing. Jorge Cabrera  
Secretario CCAD
9. Lic. Arturo Amiel  
Comisión Nacional del Medio Ambiente, Congreso de la República.
10. Lic. Felipe Franco  
Presidente de la Comisión del Medio Ambiente PARLATINO

***DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD***

## DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

La cobertura de los servicios continúa baja en las zonas urbanas marginales y rurales. La concentración de recursos en la capital se mantiene y el modelo es centralizador y curativo. Es evidente el incremento de coberturas del programa de inmunizaciones y la detención en el último año del poliovirus; la disminución de la morbimortalidad por diarrea es significativa en atención a los problemas derivados por la presencia del cólera y es creciente el interés por los programas de saneamiento ambiental. La red hospitalaria mantiene su deterioro y sus dificultades económicas. La puesta en funcionamiento de 5 hospitales nuevos en Antigua, Retalhuleu, Quezaltenango, Huhuetenango, la región metropolitana y la remodelación del hospital Roosevelt han puesto en evidencia la necesidad de iniciar un reordenamiento de la red hospitalaria. El IGSS mantiene su apoyo al programa de extensión de cobertura en el Dpto. de Escuintla el cual es autosuficiente en términos financieros, incrementó coberturas y muestra resultados satisfactorios en el impacto de los servicios especialmente en el manejo de diarreas. El sector privado y Sanidad militar muestran interés por participar activamente en los programas del sector. PRODERE consolida sus acciones en el Quiche y el MSPAS esta próximo a declarar al triángulo Ixil como área especial.

### B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

El MSPAS ha promulgado su política de extensión de cobertura de atención primaria y desarrollo de los SILOS en regiones priorizadas y con énfasis a grupos vulnerables: madres, niños, migrantes, repatriados y refugiados. El reordenamiento del MSPAS y la racionalidad administrativa son propuestas apoyadas por el BID y el Banco Mundial. Un programa de trabajo se coordina con SEGEPLAN y Ministerio de Finanzas. El cambio del Modelo de Atención concentra los esfuerzos del país desde el Consejo Nacional de Salud hasta las instituciones proveedoras de servicios incluyendo el sector privado, especialmente en la Costa Sur con FUNDAZUCAR. AID fortalece el desarrollo administrativo de las áreas de salud, recientemente nombró "gestores de salud" con sede en el nivel local.

La atención a la población migrante es una prioridad. El MSPAS gestiona ante el BCIE un préstamo por 20 millones de dólares para un proyecto orientado a mejorar la productividad del sector agroindustrial y mejorar las condiciones de vida de los trabajadores migrantes y sus familias en las fincas y en el altiplano. La atención a la población refugiada es una prioridad política y está inscrita dentro de la propuesta de paz del gobierno. Se espera en los próximos años el retorno de 45.000 personas que demandarán servicios de salud, educación, saneamiento ambiental y proyectos de desarrollo.

El país ha fortalecido los análisis sectoriales y de situación de salud, hecho este que mejora la orientación de los programas.

El desarrollo de la red hospitalaria orientada a mejorar la eficiencia, la calidad de los servicios es otra prioridad. Recientemente se creó la Dirección General de Hospitales. Se concentran las acciones de calidad en los servicios ambulatorios, emergencias, salas de parto y de cirugía. Las propuestas orientadas a mejorar la producción, rendimiento y controlar los costos son el eje central de los acuerdos entre FINANZAS y el MSPAS. Además se aprobó el funcionamiento de una Comisión Nacional de Garantía de Calidad de servicios compuesta por el MSPAS, IGSS, Sanidad militar, Colegio Médico y Universidades. El desarrollo de la red hospitalaria involucra en forma integral el trabajo de Mantenimiento, Medicamentos, Nutrición y Laboratorios en procura de mejorar la capacidad resolutive de la red.

El desarrollo de la Capacidad de Gestión, Gerencia y la modernización de los sistemas administrativos, basados en la descentralización y el fortalecimiento de los SILOS, constituyen un componente de la política que acompaña la estrategia de extensión de cobertura y mejoramiento de la eficiencia del sector. Recientemente se ha tomado la decisión de iniciar la Maestría en Gestión de Instituciones de Salud en convenio MSPAS, INAP, OPS. El IGSS tiene interés de descentralizar una Escuela de Capacitación para la Costa Suroccidental en conjunto con el MSPAS y el sector privado. La implantación del Sistema de Información Gerencial (SIG) en todos los hospitales nacionales y el desarrollo e implementación de SIGLO contribuirán a los propósitos del Ministerio y del IGSS.

Los programas de Salud en el Desarrollo orientados a las regiones priorizadas y a los grupos de más alto riesgo, son el centro de las prioridades de los organismos de planificación. Sin embargo son serias las dificultades que se afrontan para su inicio tal el caso del Fondo de Inversión Social (FIS). Se han iniciado los programas de FONAPAZ con recursos nacionales y se adelantan gestiones para el fondo de pre-inversión en medio ambiente y salud, el cual estará ligado al desarrollo de los SILOS. El rol del Congreso, Ministerio de Finanzas, SEGEPLAN y oficina Sectorial de Planificación, es vital para la aprobación de proyectos de inversión PIP/POA 94-95. Al igual es urgente fortalecer la capacidad de ejecución de la inversión social en los sistemas locales para garantizar el uso de los recursos con control y participación social a través de las municipalidades y consejos de desarrollo urbano y rural.

La cooperación técnica y financiera es de alta prioridad para los programas del sector y se reconoce su papel. Se espera fortalecer la Oficina de asuntos internacionales OCAI como apoyo a las oficinas de Planificación y como secretaria técnica en asuntos internacionales para el Despacho Ministerial de Salud.

Los cuerpos técnicos y el nivel directivo de las instituciones del sector a nivel nacional y local ven con interés el apoyo a la difusión de conocimiento, investigaciones y

estudios operativos que apoyen la gestión de los servicios. La cooperación técnica entre países de la subregión Centroamericana se fortalece a través del PSCDG y de iniciativas de TCC caso Nicaragua y Guatemala para el desarrollo de los SILOS.

### C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA

Basándose en las prioridades identificadas en 1992 y en un análisis de recursos, el Gobierno ha orientado la solicitud de cooperación técnica en los siguientes aspectos para el desarrollo de los servicios de salud:

Desarrollar los Sistemas Locales de Salud y el cambio del modelo de atención. Se concentrará el esfuerzo en la región VII durante 1993 con apoyo de la cooperación técnica intensificada de la OMS. Asimismo se espera fortalecer la programación local y los mecanismos de promoción y participación social en búsqueda de incrementar la cobertura de servicios, eficacia, eficiencia y equidad. Esta experiencia se extenderá en 1994-1995 a la región VI -II y I. Se continuará el desarrollo de la Costa Sur propiciando la extensión de servicios de la Seguridad Social con el apoyo del MSPAS y el sector privado. Se espera que la consolidación y sistematización de estas experiencias permita el desarrollo paulatino en otras áreas del país. Se fortalecerán los mecanismos de formación y capacitación de recursos humanos requeridos por los cambios en el modelo de atención, así como el desarrollo de la gestión local. Se propiciará por la modernización de los sistemas administrativos conjuntamente con otras agencias de cooperación. El desarrollo de la capacidad resolutive de la red de servicios hospitalarios, ambulatorios en centros y puestos de salud, será un eje de trabajo orientado a la eficiencia y calidad de servicios. Se propiciará la acción integral de los programas de Gerencia, Medicamentos, Mantenimiento, Laboratorio, Nutrición, con el fin de establecer normas y procedimientos que fortalezcan la gestión local de los servicios, mejorando su capacidad de gestión.

La incorporación de proyectos de inversión que apoyen la salud y el desarrollo, lo mismo que el mejoramiento de los programas de medio ambiente y salud en el desarrollo de los SILOS serán un eje prioritario del accionar de la cooperación. Se continuará el fortalecimiento del análisis sectorial y de los problemas de financiamiento del sector con el fin de contribuir a la movilización de recursos. El apoyo a los mecanismos de coordinación sectorial, Consejo Nacional de Salud, SEGEPLAN, entre otros se facilitará con el fin de potenciar los resultados del nivel local. Se propiciará y apoyará el diseño y realización de investigaciones operativas con relación a uso de servicios, calidad, eficiencia, equidad, conjuntamente con los instituciones docentes.

## PROGRAMA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD, DHS

El Programa de Desarrollo de Servicios de Salud-DHS- tiene como propósito acompañar al país en el desarrollo de su política social. Las políticas y estrategias nacionales del sector han sido difundidas ampliamente y complementadas con las políticas institucionales del MSPAS, del IGSS, del Consejo nacional de Salud, del sector privado y ONGs.

Este insumo, así como las Orientaciones Estrategias de la Organización OPS/OMS fueron tomados en cuenta para la elaboración del APB de DHS para 1993, con la orientación de las siguientes estrategias:

1. Concertación y negociación de cada una de sus actividades al interior de la representación y con las contrapartes nacionales, se busca el consenso para lograr un avance responsable y consciente hacia el cambio.
2. Impulso a la investigación y generación de conocimiento lo cual coadyuva a la excelencia de la cooperación.
3. Establecimiento de un proceso capacitante y autocapitante, movilizando el conocimiento alrededor del tema o problema a resolver. Este proceso de conocimiento fluye mediante los Estudios Sectoriales, la revista Salud en Acción, los informes técnicos y los informes de talleres y seminarios.
4. Fortalecimiento del liderazgo nacional en la ejecución de las acciones de cooperación, buscando el compromiso social para lograr los resultados previstos.
5. Búsqueda de una cooperación integral a través de la movilización de recursos y la coordinación interprogramática.
6. Énfasis en mantener la participación activa de las instituciones del sector, buscando equilibrio y armonía en su relación, esto conlleva un esfuerzo especial y trabajo en equipo del MSPAS, IGSS, Sanidad Militar y Sector privado.

Las acciones del Programa DHS se concentran en cuatro componentes básicos y uno específico (vea Gráfica No. 1):



Guatemala ha participado con éxito en eventos internacionales presentando sus aportes en el proceso de mejoramiento en la calidad de los servicios. Existe intencionalidad de vincular este conocimiento a la formación de gerentes de los servicios.

El Componente 02 de Desarrollo de la Capacidad Operativa de la Red de Servicios está orientado a la modernización administrativa y a mejorar la eficiencia del sector.

### **COMPONENTE 03. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL Y SISTEMAS DE GESTIÓN**

Este componente, desarrollado por el programa DHS en forma conjunta con el Proyecto Subregional de Servicios de Salud, ha brindado aportes sustanciales para el diseño, e inicio del Postgrado de Gestión de Servicios de Salud. Este postgrado se realiza en el Instituto Nacional de Administración Pública -INAP- y tiene proyectado formar 32 gerentes para la regiones VI.VIII. Conjuntamente con Recursos Humanos se espera formar en tres años una masa crítica de la salud pública en Guatemala, con un alto contenido en gerencia de servicios, liderazgo, negociación, formulación de proyectos, elaboración de modelos de atención, y desarrollo estratégico de los Sistemas Locales de Salud.

Con el fin de complementar las necesidades de capacitación, el programa DHS orientará un proceso con los directores regionales, que servirá especialmente a la regiones Metropolitana, región Norte y Suroriente. Este proceso servirá para tratar los temas anteriores, pero además dará énfasis a la Vigilancia Estratégica de los Servicios de Salud, fortaleciendo los procesos de evaluación y monitoreo de los servicios de salud.

Así también, DHS apoyará a las autoridades del sector salud de la costa sur, quienes conjuntamente con FUNDAZUCAR, desarrollarán en el mes de agosto su II Curso de Salud Comunitaria orientado a las áreas de salud de: Escuintla, Suchitepéquez y Retalhuleu. Este dará énfasis a la Gerencia y Conducción Sectorial, a la Modernización de los Sistemas de Información y su Uso Gerencial, a la Salud y Desarrollo y al Mejoramiento del Medio Ambiente y Salud. La iniciativa de Atención en Salud al Trabajador Migrante y su Familia será examinada en esta ocasión.

A través de este mismo componente, el Programa de DHS ha propiciado la implantación del Sistema de información gerencial SIG en 3 hospitales y apoyará a la Dirección General de Servicios Hospitalarios en su proceso a nivel nacional. Además, se ha logrado con éxito implementar el Sistema de información para la Gestión Local SIGLO en el Hospital Juan José Arévalo del IGSS y en el Hospital Pedro Bethancourt de la Antigua, Guatemala. Este sistema tiene gran potencialidad para apoyar la modernización administrativa del sector; recientemente los técnicos del Ministerio de Finanzas han recomendado su uso y adaptación para potenciar los esfuerzos iniciados por este despacho.

## COMPONENTE 01. DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD, APS/SILOS.

Este componente orienta su trabajo a fortalecer el desarrollo de la táctica operativa de los Sistemas Locales de Salud, y a propiciar los programas que mejoren la extensión de cobertura de los programas, en una forma integral. Sus objetivos están centrados en: contribuir a la búsqueda de un nuevo modelo de atención, fortalecer los procesos de participación social, y propiciar la cooperación interprogramática. En este sentido, y por delegación de la representación, DHS coordina el comité interprogramático APS/SILOS en donde participan: Epidemiología, Saneamiento Ambiental, GTB/INCAP, Medicamentos y PRODERE. Este componente orienta su trabajo a la región VII mediante la descentralización de la cooperación técnica de OPS/OMS a través de la apertura de una subsección de la oficina en Huehuetenango, y próximamente en Quiché, en donde se fortalecen las acciones de PRODERE. El componente de APS/SILOS se financia con recursos ordinarios de DHS y recibe el apoyo de la Cooperación intensificada de la OMS, ICO Ginebra. Se tiene previsto para el tercer cuatrimestre contar con un PTC integrado para las acciones de la región VII.

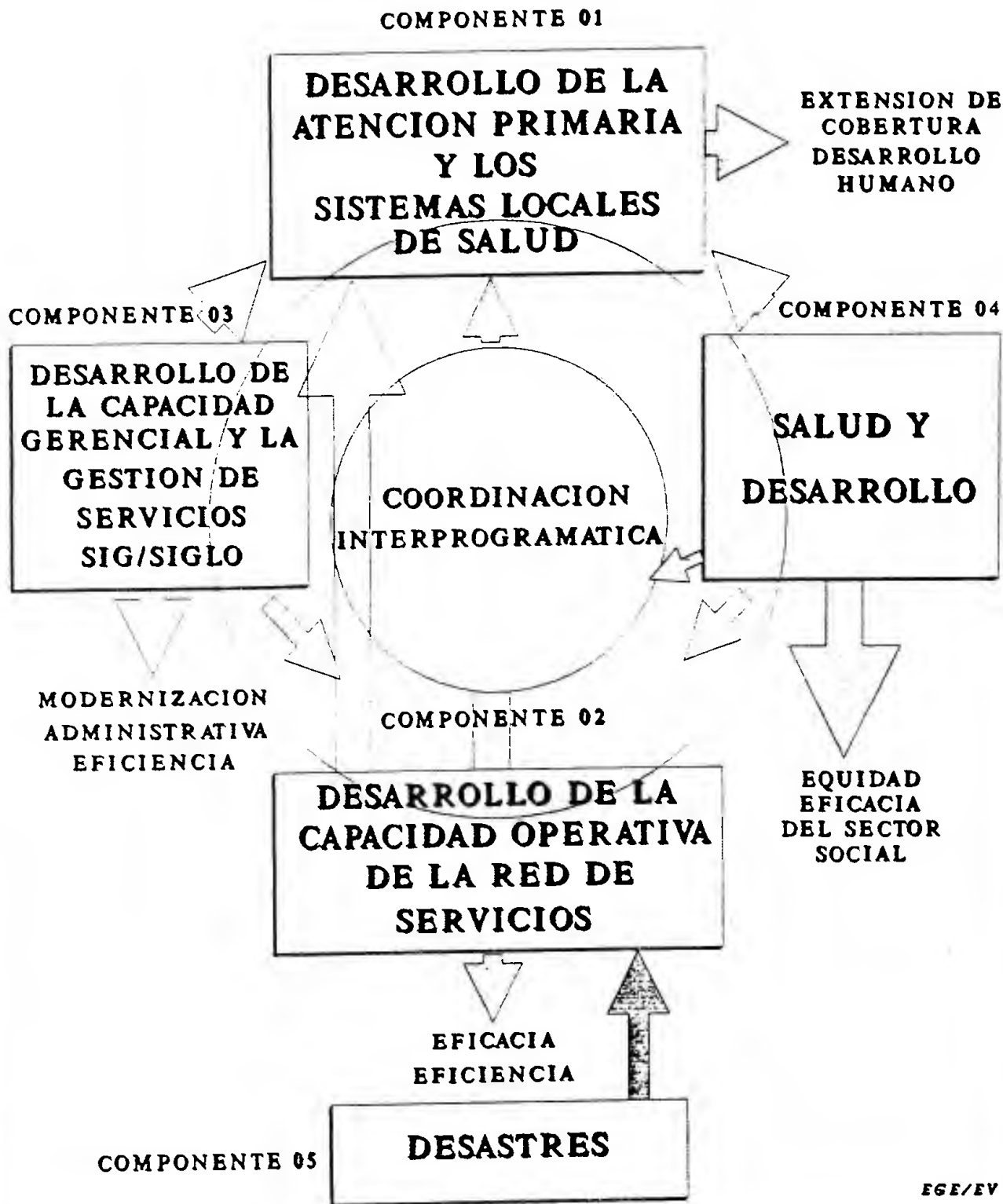
Además el programa de DHS continúa el apoyo al desarrollo del Área de Salud de Escuintla, la cual cuenta con un modelo de extensión de cobertura de la Seguridad Social, con resultados positivos. Este modelo está en revisión y se tiene previsto extender sus beneficios a los Deptos. de Suchitepéquez y Retalhuleu.

El Componente 01 de Desarrollo de la Atención Primaria y de los SILOS está orientado a favorecer la extensión de cobertura, mediante el cambio del Modelo de Atención.

## COMPONENTE 02. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LA RED DE SERVICIOS.

El MSPAS orientó parte de sus políticas a mejorar la calidad de los servicios. La Dirección General de Hospitales, con el apoyo técnico de OPS y de AID, decidió orientar su acción a mejorar las consultas externas, emergencias, salas de cirugía y salas de parto como servicios prioritarios para lograr un proceso orientado a la calidad total e iniciar un proceso de acreditación de hospitales. Para ello, el MSPAS creó una Comisión Nacional de Garantía de Calidad, compuesta por el MSPAS, IGSS, Sanidad Militar, el Colegio Médico, la Escuela de Enfermería, la Asociación de hospitales privados y la OPS/OMS. El programa de desarrollo de servicios ha elaborado conjuntamente con la Comisión Nacional una metodología de investigación acción que orienta los cambios en 10 hospitales, a nivel nacional.

# DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESTRATEGIA DE COOPERACION



El Componente 03 de Desarrollo de la Capacidad Gerencial y Sistemas de Gestión está orientado a mejorar la eficiencia del sector. Se coordina en forma estrecha con los proyectos de Medicamentos, e Ingeniería y Mantenimiento.

#### **COMPONENTE 04. SALUD EN EL DESARROLLO**

Este componente está orientado a mejorar la eficacia y la equidad del sector, explorando opciones que permitan incrementar los ingresos sectoriales, tanto para funcionamiento como para inversión. Para ello, elabora propuestas alternativas de financiamiento y coparticipación de las organizaciones sociales en la administración y conducción de las instituciones en el nivel local. Busca la orientación de recursos y proyectos de inversión para la alfabetización, en forma ligada a la promoción y educación para la salud; favorece proyectos de inversión para mejorar las condiciones sanitarias de las fincas en la costa sur; apoya los proyectos de los sistemas locales de salud ligados a mejorar el medio ambiente y las condiciones sanitarias, y establece propuestas que incrementen los recursos del nivel local mediante la descentralización de la capacitación de recursos humanos del sector orientada a personal comunitario. Este componente impulsa las acciones de Economía y Salud, la Iniciativa de Atención al Trabajador migrante y su familia, fortalece a SEGEPLAN en la formulación y seguimiento de Proyectos de inversión y da cooperación en los aspectos políticos y legislativos planteados dentro de la Comisión de Salud del Congreso y el PARLACEN. Este componente integra acciones con el GTB/INCAP en lo referente a la formulación de Proyectos de Inversión Social con FONAPAZ; y da seguimiento a la potencialidad del FIS y otros fondos similares del sector social. Su estrategia consiste en vincular dichas propuestas al desarrollo de los SILOS, para mejorar eficacia y equidad del sector salud. Este componente establece relación con el GTB/INCAP, con Saneamiento Ambiental, Epidemiología y el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo. El Componente de Salud OPS/PRODERE es un eje prioritario de trabajo y su experiencia contribuye con el Componente descrito. Así mismo, las acciones del Componente de Salud ya mencionado se benefician de la experiencia de otros componentes del Programa de Desarrollo de los Servicios y del resto de programas de la cooperación interprogramática OPS/OMS.

El Componente 04 de Salud en el Desarrollo está orientado a la búsqueda de la equidad y eficacia del sector salud, inscrito en las propuestas de desarrollo humano y combate a la pobreza.

#### **COMPONENTE 05. DESASTRES**

Este componente busca fortalecer las acciones para la mitigación y preparativos de atención en caso de desastres. Su trabajo se orienta hacia el mejoramiento de las acciones de coordinación de las agencias de Naciones Unidas, cuerpo diplomático y programas de

## E COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SISTEMAS LOCALES DE SALUD APS SILOS

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Atención Primaria en Salud y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud APS/SILOS
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud
3. Responsables: Dr. Eduardo Guerrero E.  
Dr. José Quiñónez
4. Consultores, colaboradores: Dra. Rebeca Arrivillaga,  
Licda. Mara de Galindo,  
Dr. Vidal Herrera,  
Licda. Leonor Hurtado,  
Dra. Hilda Leal,  
Ing. Juan Guillermo Lopera,  
Dr. Miguel Machuca,  
Lic. José María Marín  
Ing. Anabella Morán de Alvarez,  
Ing. Mauricio Pardón,  
Licda. Juana M. de Rodríguez,  
Licda. Eva Sazo de Méndez.
5. Apoyo administrativo al proyecto: Secretaria, vehículo y piloto
6. Coordinación:
- 6.1 Interprogramática: Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial, GTB/INCAP, Epidemiología y Promoción de la Salud, PRODERE,

cooperación. Apoya el establecimiento de un plan hospitalario coordinado para mejorar las emergencias del país y lograr planes de ese tipo en cada hospital; así también, se dedica a lograr la funcionalidad de una red integrada del sector salud. El Componente de Desastres busca fortalecer los programas nacionales orientados por el CONE y el MSPAS.

En breve plazo, orientará su trabajo a propiciar la participación social en los Sistemas Locales de Salud para la organización comunitaria en caso de desastres.

El Componente 05 de Desastres forma parte esencial de las acciones de mejoramiento de la capacidad operativa de la red de emergencias, en términos de calidad y eficacia; además apoya la participación social en preparativos de atención a desastres y mitigación de sus efectos.

**b. CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa

1.1 Baja cobertura y capacidad de resolución de los servicios de salud.

Centralización técnica y administrativa que dificulta el desarrollo de los niveles locales, lo cual incide en la ausencia de planes de desarrollo local y debilidad en la coordinación de las instancias políticas y técnicas a nivel de gobierno local.

1.2 Insuficiente reconocimiento de la importancia de la táctica de SILOS y su relación con la estrategia de APS como instrumento de desarrollo local que repercute en falta de voluntad de algunos actores hacia el establecimiento de los SILOS.

2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del proyecto

Identificación de espacios de intervención y desarrollo de propuestas de planes de acción que apoyen el fortalecimiento de los servicios en los distritos, áreas y regiones sanitarias, y el desarrollo de los sistemas locales de salud, especialmente en aquellos señalados como prioritarios.

3. Ejes de la cooperación técnica

3.1 Investigación

3.2 Formación y capacitación de recursos humanos

3.3 Coordinación intra e intersectorial

3.4 Coordinación interprogramática

3.5 Desarrollo de la capacidad gerencial y sistemas de información.

Migrantes, Saneamiento Básico, Recursos Humanos, Medicamentos, Sistemas de Información.

6.2 Interagencial: AID, UNICEF, ONGs

6.3 Interinstitucional: MSPAS, MINDES, IGSS, alcaldías



- 2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes  
Incorporación progresiva en forma comprometida de los diferentes niveles del MSPAS favoreciendo un proceso de autogestión y determinación.  
Apertura del tema de discusión sobre un modelo integrado de entrega de la cooperación técnica.
3. Recursos Financieros (APB Y PTC)
- 3.1 Presupuestarios:
- 3.2 Extrapresupuestarios: \$118,000 ( I Semestre)  
\$105,000 (II Semestre)
- 3.3 Porcentaje de ejecución (I Semestre, 1993)  
Asignado: \$118,000  
Obligado: \$ 85,617  
Gastado: \$ 25,096

## c. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:

### 1. General:

Se ha propiciado que el MSPAS canalice sus esfuerzos hacia la región VII, considerándola como prioritaria dados los altos índices de precariedad que ésta muestra.

Se logró que el MSPAS incorporara la táctica de SILOS en forma prioritaria para apoyar la ejecución de sus políticas.

Se ha iniciado la descentralización de la cooperación a través del establecimiento de las subsedes en Huehuetenango y Quiché y la incorporación de consultores de los programas de Medicamentos, GTB/INCAP y Saneamiento Ambiental a esta zona, cuyo trabajo se lleva a cabo en forma coordinada promoviendo, como puntos focales, la integración del resto de programas en la planificación de las acciones.

### 2. Proceso:

Se ha conformado el Comité Nacional de alto nivel de APS/SILOS, presidido por el Viceministerio técnico, y bajo la coordinación del Director General de Servicios de Salud, en el cual participan jefes de las diferentes divisiones del Ministerio, consultores de OPS, UNICEF, y AID. Este comité tiene como finalidad dar lineamientos políticos para el desarrollo de una propuesta nacional y, brindar en relación a ella, apoyo oportuno a las áreas de salud. Inicio de actividades locales en coordinación con los jefes de área y las distintas agencias y entidades que actúan en la región VII.

#### 2.1 Problemas encontrados en la ejecución

El modelo de entrega de la cooperación técnica en forma fragmentada por programas no favorece la integración de planes que apoyen el desarrollo de SILOS.

Desconocimiento en los niveles operativos de los convenios y acuerdos internacionales que generan la cooperación técnica.

El subdesarrollo de la región (extrema pobreza, déficit de vías de comunicación, analfabetismo), sus antecedentes como zona de conflicto, su riqueza lingüística y pluricultural que demanda múltiples e innovadoras formas para establecer comunicación con hablantes de distintas lenguas, variedades dialectales y costumbres, dificultan la contratación de personal local e incorporación de consultores que se establezcan permanentemente en la zona.

## 2 DESARROLLO DE LA CAPACIDAD OPERATIVA DE LA RED DE SERVICIOS

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Desarrollo de la capacidad operativa de la red de servicios
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud
3. Responsables: Dr. Eduardo Guerrero E.  
Dr. José Francisco Zambroni
4. Consultores, colaboradores: Ing. Marit de Campos,  
Dra. María Elena Humprey,  
Dra. Hilda Leal,  
Ing. Juan Guillermo Lopera,  
Lic. José María Marín,  
Lic. Rolando Ortiz,  
Dr. José Quiñónez,  
Licda. Juana M. de Rodríguez,  
Ing. Ever Sánchez,  
Licda. Eva Sazo de Méndez.
5. Apoyo administrativo al proyecto: Secretaria, vehículo y piloto, ayudas audiovisuales, reproducción de materiales y apoyo del centro de documentación.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial, APS/SILOS, PRODERE, Saneamiento Básico, Recursos Humanos, Preparación para Desastres, Ingeniería y Mantenimiento, Economía y Salud, Sistemas de Información.
  - 6.2 Interagencial: AID, UNICEF, ONGs
  - 6.3 Interinstitucional: MSPAS, IGSS, FUNDAZUCAR, USAC, CMM, Asociación de Hospitales Privados, Colegio de Médicos y Cirujanos.

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.
  - 1.1 Apoyo al Modelo Integrado de Cooperación Interprogramática en todas las acciones de la representación y en particular en la subsección de OPS en la región VII.
  - 1.2 Promover en las nuevas autoridades el interés por ubicar como objetivo prioritario el apoyo político al proceso de desarrollo y fortalecimiento de los SILOS.
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995

El período presidencial que ahora empieza tendrá dos años de duración, lo cual representa un reto de la cooperación para que los logros en ese período repercutan en la sostenibilidad del desarrollo del sistema local de salud.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONES)**

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
3. Ministerio de Desarrollo
4. Municipalidades
5. PRODERE
6. ONGs

c. **EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

1. General:

Se ha apoyado y fortalecido el proceso de organización y legalización de la DGSH, así como los procesos de mejoramiento de la calidad en 21 hospitales del MSPAS y 1 del IGSS.

Se ha apoyado la organización de la Comisión Nacional de Garantía de Calidad de los Hospitales Nacionales.

2. Proceso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución

Reclutamiento de personal técnico para que conduzca los procesos establecidos previamente por el equipo conductor al resto de hospitales de la red. Este problema se ve agravado porque en la Dirección General de Servicios de Salud, DGSS, existe personal capacitado sin funciones específicas, que podría incorporarse al equipo de la Dirección General de Servicios Hospitalarios, DGSH, pero por razones de rivalidad entre las dos Direcciones no se ha autorizado su traslado, lo cual afecta el desarrollo de toda la red de servicios y no sólo la de hospitales.

Esta escasez de recurso humano ha obligado a la DGSH a seleccionar personal que no está calificado para desarrollar algunas actividades técnicas específicas, por lo que los consultores han tenido que hacer en algunas oportunidades las funciones operativas.

Otro problema es la ausencia de información sobre la producción de los hospitales. Si bien es cierto, existe una Unidad de Informática en la DGSS, ésta proporciona datos no actualizados y poco confiables. Para la obtención de la información descrita al inicio de este documento hubo que comunicarse directamente con los hospitales.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes

Se elaboró, reprodujo y distribuyó el Plan Operativo 1993 de la DGSH, el cual da la direccionalidad de la cooperación y la programación de las actividades desarrolladas. Este plan se evaluó durante el primer cuatrimestre, habiéndose cumplido en un 90% lo programado. Así mismo, se elaboró la programación del segundo cuatrimestre.

Se ha logrado la creación de la Comisión Nacional de Garantía de Calidad de los Hospitales Nacionales, la cual ha logrado integrarse en forma intersectorial, participando representantes del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del Centro Médico Militar, de la Asociación de Hospitales Privados, del Colegio de Médicos y Cirujanos y de

b. **CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa  
Cambio de autoridades ministeriales y posibles cambios en la DGSH
  
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del proyecto

Las prioridades identificadas a principios de año con las autoridades y equipo técnico de la Dirección General de Servicios Hospitalarios DGSH continúan vigentes, por lo que deberá fortalecerse el apoyo a las mismas durante el desarrollo del segundo cuatrimestre, especialmente lo relacionado con la legalización y organización de la DGSH.

Las actividades con la Comisión Nacional de Garantía de calidad de los Hospitales Nacionales serán prioridad en los próximos cuatrimestres.

También es importante organizar en la DGSH una unidad de informática que proporcione todos los datos requeridos sobre hospitales, vinculada a la Unidad de Informática de la DGSS. Actualmente nos encontramos apoyando la implementación e implantación de los sistemas de información SIG (PRRC) y SIGLO, los que han sido aceptados tanto por la DGSH como por los comités ejecutivos de los hospitales. El SIG con su módulo de PRRC se está implementado en los 36 hospitales y el SIGLO en los hospitales nuevos del MSPAS y en el Hospital Juan José Arévalo del IGSS.

Para el desarrollo de estos sistemas de información, se presenta la dificultad de la falta de computadoras a nivel hospitalario, lo cual dificulta el procesamiento rápido de los datos y por consiguiente la poca o nula utilización de los mismos para la gerencia de los hospitales. El apoyo de AID será muy importante, se tiene prevista la compra de cerca de 85 equipos de computación, los cuales serán ubicados en las áreas de salud.

3. Ejes de la cooperación técnica  
Investigación  
Capacitación  
Coordinación intra e intersectorial

las instituciones formadoras de personal en salud. Esta comisión ha logrado aceptación a nivel de los hospitales del país y será un apoyo indispensable para el logro de los objetivos de la DGSJ en lo referente a mejorar la calidad de la atención. Uno de los primeros productos de esta comisión ha sido incorporar al país los estándares de acreditación de hospitales recomendados por la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mismos que se encuentran revisándose y adaptándose a las condiciones del país.

El apoyo al fortalecimiento de la Comisión, desarrollo técnico de sus integrantes y la elaboración y ejecución de su programa de trabajo, será una actividad que se reforzará durante los siguientes cuatrimestres.

Se ha logrado apoyo del Despacho Ministerial para desarrollar la metodología de Calidad Total en las emergencias y consultas externas de algunos hospitales del país. La aplicación de esta metodología ha comenzado a generar resultados satisfactorios en mejoras a la atención del usuario y en lograr la participación de otros sectores internos del hospital que tradicionalmente no eran tomados en cuenta para la solución de los problemas.

Estos resultados obligan a desarrollar en el segundo o tercer cuatrimestre propuestas de autoevaluación de los servicios especialmente en calidad y eficiencia, así como en las formas de obtener información sobre el tipo de demanda, su relación con la epidemiología local y con la oferta de servicios. Por otra parte, se ha provocado una demanda de asistencia técnica para nuevos hospitales y nuevas áreas de trabajo, demanda que la DGSJ no ha podido satisfacer al máximo, debido a que cuenta con poco personal.

- 2.3 Grado de Avance (Evaluación primer PTC, 1993)  
De un total de 25 tareas programadas, 11 se terminaron, 10 se iniciaron y continuarán durante el segundo cuatrimestre, 3 no se han iniciado y 1 se canceló.
- 2.4 Apoyo Regional  
Se contó con el apoyo técnico del Programa HSD, en forma especial del Dr. Humberto de Moraes Novaes.
3. Recursos Financieros (APB Y PTC)
  - 3.1 Presupuestarios: \$ 45,298
  - 3.2 Extrapresupuestarios:
  - 3.3 Porcentaje de ejecución (Global 1993)  
Asignado: \$ 45,298  
Obligado: \$ 43,151  
Ejecutado: \$ 30,926

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.  
La aprobación del acuerdo de creación de la DGSH, pues de lo contrario obligaría a regresar la conducción de la red hospitalaria a la División de Atención a las Personas, dependencia de la Dirección General de Servicios de Salud, y se perderían los avances logrados al momento.

La decisión del Ejecutivo de inaugurar los hospitales nuevos de El Quiché, Huehuetenango, Retalhuleu y Quetzaltenango, para que todo el esfuerzo conjunto de la DGSH con consultores de OPS en ese sentido pueda verse hecho realidad a corto plazo. Para apoyar esta decisión, los comités ejecutivos y operativos de estos hospitales han elaborado, con el apoyo técnico de la DGSH y OPS, los estudios de factibilidad, en éstos han participado además del personal del hospital, personal de la Jefatura de Área, principalmente el Jefe de Área, lo cual ha permitido esbozar nuevos modelos locales de atención que prevén en el futuro una integración de las actividades del área preventiva y curativa.

Este proceso participativo, apoyado por OPS, en la organización del nuevo hospital (funciones, normas, procedimientos, etc.) y en la elaboración del plan de traslado y de divulgación está permitiendo la preparación del personal para obtener un cambio de actitud hacia el enfoque que tendrá el nuevo hospital dentro de la red de servicios.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONES):**

1. Dirección General de Servicios Hospitalarios  
Hospitales:
  1. Pedro de Bethancourt, Antigua, Sacatepéquez
  2. Santa Elena, Santa Cruz del Quiché; El Quiché
  3. San Juan de Dios, Quetzaltenango
  4. Huehuetenango, Huehuetenango
  5. Retalhuleu, Retalhuleu



6. Escuintla. Escuintla
7. Mazatenango. Suchitepéquez
8. Roosevelt. Guatemala
9. General San Juan de Dios. Guatemala
10. El Progreso. El Progreso
11. Cuilapa. Santa Rosa
12. Cobán, Alta Verapaz
13. Salamá. Baja Verapaz
14. Chiquimula, Chiquimula

### 3. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL Y LA GESTION DE SERVICIOS SIG/SIGLO

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Desarrollo de la capacidad gerencial y la gestión de servicios SIG/SIGLO
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud (DHS)
3. Responsable: Dr. Eduardo Guerrero E.  
Lic. José María Marín  
Ing. Juan Guillermo Lopera
4. Consultores: Lic. Rolando Ortiz R.,  
Ing. Bárbara Sanabria,  
Ing. Ever Sánchez,  
Licda. Eva Sazo de Méndez,  
Dr. Francisco Zambroni.  
  
Colaboradores: Danilo Alvarez  
Carlos Gómez  
Javier de León
5. Apoyo administrativo al programa: Secretaria y equipo de computación
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática.
    - 6.1.1 Desarrollo de Servicios Hospitalarios
    - 6.1.2 Salud y Desarrollo/Economía y Salud
    - 6.1.3 Mantenimiento, Salud del Trabajador Migrante y su familia
  - 6.2 Interinstitucional
  - 6.3 MSPAS, IGSS,

b. CAMPOS DE ACCIÓN POR COMPONENTE:

1. Problemas principales del país en relación al programa.  
El país se encuentra urgido de reorganización institucional. El Sistema de Información para la Gestión Local-SIGLO y Sistema de Información Gerencial-SIG apoyan la política de modernización administrativa impulsada desde el Ministerio de Salud, dado que las exigencias para su puesta en marcha hacen que las instituciones hagan un análisis de la organización, recurso humano, equipo, procesos y acciones; de su producción, rendimiento y costos; así como del impacto de los servicios.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del componente. Modernización, capacitación y actualización de los sistemas de información : n. En general, SIGLO apoya la modernización administrativa a través de los siguientes Módulos que lo componen: Recursos Humanos, Inscripción y Control de Proveedores, Compras y Cuentas por Pagar, Mantenimiento de Equipos, Ejecución Presupuestal, Control de Inventarios, Manejo de Alimentos y Control de Menús, Asignación de Citas, Morbilidad, Hospitalización, Producción y Costos, Datos Demográficos de la Población, Cuentas por Pagar.

El SIG apoya a la gerencia institucional en la toma de decisiones. Actualmente se está implementando el Módulo de Producción, Rendimiento, Recursos y Costos.

3. Ejes de la Cooperación Técnica

3.1 Desarrollo de servicios de salud, a través de:

3.2 Investigación, capacitación y coordinación intersectorial

3.3 Los sistemas de información SIG/SIGLO son tan versátiles que pueden ser utilizados tanto por un puesto de salud de estructura simple, como en instituciones hospitalarias de gran complejidad. Permite a las autoridades consolidar la información de las distintas instituciones.

SIGLO apoya toda la gestión administrativa institucional; SIG, todo el proceso de toma de decisiones, a través de la construcción de indicadores que permitan evaluar la gestión institucional, especialmente en lo referente a producción y costos.

SIGLO incorporó en su desarrollo los modelos de vigilancia epidemiológica y control de servicios, que en el caso de Guatemala ha enriquecido el uso de los sistemas de información para la gestión local.

- 3.4 El PSCAG apoya la implementación de SIG para todos los hospitales del país, así como la Maestría en Gestión de Instituciones de Salud y la capacitación a los directores regionales. Actualmente, se encuentran en proceso de desarrollo los procesos de apoyo al fortalecimiento de la negociación y concertación del sector.

## c. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:

### 1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas.

La implementación de los sistemas de información SIG/SIGLO busca la responsabilidad de los distintos componentes de la organización. Se constituyen en la herramienta de trabajo ideal para facilitar la toma de decisiones en el área específica de trabajo. Además, permite la descentralización dentro de la institución haciendo que cada unidad posea la información necesaria, sea ésta producida por ella misma, o por quienes apoyan su gestión.

El conocimiento oportuno de las distintas situaciones hace que se puedan tomar en forma oportuna las acciones requeridas para la obtención de los resultados que dan la razón de ser a las instituciones.

### 2. Progreso:

#### 2.1 Problemas encontrados en la ejecución.

En realidad no se trata de problemas, pero sí de prerequisites para apoyar la ejecución

Apoyo conceptual y técnico en la adopción de los distintos módulos que componen a SIGLO

Un buen equipo de computación con las siguientes características mínimas :  
Procesador 386 o 486 de mínimo 8MB de Memoria Principal y una velocidad mínima de 33MHZ  
Disco duro de 200 Mb de Capacidad  
Impresora de mínimo 400cps  
Disquetera de 3.5 y alta densidad 1.44MB

#### 2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes.

Se ha avanzado en obtener el apoyo político, así como en el compromiso gerencial de la institución que va a adaptar SIGLO. Se han ubicado líderes dentro de las instituciones para apoyar la toma de decisiones necesarias para la correcta implementación del sistema.

SIG requiere contar con una contraparte nacional permanente, para iniciar la implementación nacional.

### 2.3 Grado de Avance (Evaluación primer PTC, 1993).

SIGLO tiene un software terminado en su versión inicial para su implementación, sólo falta la terminación del módulo de alimentación y de manejo de las ordenes de mantenimiento correctivo con el control de contratos de mantenimiento.

Se dio a conocer SIGLO a las distintas instancias de poder en el Ministerio de Salud y al interior de la organización con resultados satisfactorios en cuanto a las posibilidades de su implementación. La presentación del sistema en los distintos hospitales fue muy bien recibida ya que vieron el sistema como la herramienta ideal.

Se tomaron como sitios iniciales para la implementación de SIGLO las siguientes instituciones:

Hospital Juan José Arévalo, del IGSS  
Hospital Pedro Bentacourt, de Antigua  
Hospital San Juan de Dios, de Guatemala  
Hospital de El Quiché

Documentación del sistema: Se iniciaron los manuales técnicos, de concepto y de usuarios.

SIG ha iniciado su implementación en los Hospitales San Juan de Dios y Roosevelt de la capital; y Pedro de Bethancourt, de Antigua.

### 2.4 Apoyo Regional.

### 3. Recursos Financieros (APB y PTC):

3.1 Presupuestarios: \$ 61,500

3.2 Extrapresupuestarios: PSCDG (convenidos por cuatrimestre con el MSPAS).

### 3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1993):

Asignado: \$ 61,500

Obligado: \$ 58,986

Gastado: \$ 24,976

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante.

Coordinación entre las distintas agencias de cooperación internacional en materia de sistemas de información

2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995. (Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación Técnica del Programa).

Definición por parte del Ministerio de una política unificada para la implementación del sistema de información así como una coordinación entre las distintas Agencias de Cooperación Internacional, para no crear distorsiones en los usuarios ya que al llegar con diferentes propuestas se produce confusión y hasta rechazo sistemático ante la diversidad de las mismas y de sus propósitos.

De no contar con las anteriores condiciones, se corre el peligro de desmotivar a las instituciones que han tomado la decisión de implementar los sistemas.

Talleres periódicos evaluativos por parte de los protagonistas de la implementación Asistencia técnica inmediata para apoyo y garantía del buen funcionamiento del Software.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES)**

1. Dr. Alfonso Morales, IGSS
2. Dr. Rodolfo Barillas, IGSS
3. Dr. Luis Felipe Sánchez, IGSS
4. Dr. José del Busto, Director del Hospital de Antigua
5. Dr. Antonio González, Director del Hospital del Quiché
6. Dr. Israel Lemus, Director del Hospital San Juan de Dios
7. Dr. Gerardo Cabrera Meza, Director del Hospital Roosevelt
8. Sr. José Chanchavac, DGHS

#### 4. SALUD Y DESARROLLO ECONOMIA Y SALUD

##### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Salud y Desarrollo/Economía y salud
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud
3. Responsable: Dr. Eduardo Guerrero E.  
Lic. Rolando Eliseo Ortiz R.
4. Consultores, colaboradores: Dra. Lily de Dubois,  
Dr. Mario Lacayo,  
Dra. Hilda Leal.  
Ing. J. Lopera,  
Dr. Miguel Machuca,  
Ing. Mauricio Pardon.  
Dr. José Quiñónez,  
Licda. Juana M. de Rodríguez,  
Licda. Eva Sazo de Méndez,  
Dr. F. Zambroni.
5. Apoyo administrativo al proyecto: Secretaria. vehículo y piloto
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: APS/SILOS. PRODERE, Saneamiento Básico, Recursos Humanos, Desarrollo de Servicios Hospitalarios, Medicamentos, Informática, Salud Mujer y Desarrollo, Materno Infantil, Epidemiología
  - 6.2 Interagencial: AID, UNICEF, ONGs, BCIE, BID
  - 6.3 Interinstitucional: MSPAS, MINFIN, MINDES, MINECO, IGSS, PARLACEN, SEGEPLAN, Congreso Nacional de la República, CISC, USAC, CIEN, FUNDAZUCAR.



b. **CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa

Existen deficiencias en la planificación en la captación y asignación de recursos en el sector público de la salud, lo que hace suponer debilidad al interior del sector en términos de programación así como de negociación con otros sectores tanto públicos como privados que pueden contribuir al desarrollo del sector de la salud.

En el período 1986-1992, el PIB ha dado muestras de recuperación como producto de condiciones económicas internas y externas favorables. A diferencia de lo sucedido en el quinquenio pasado, en el que las tasas de crecimiento del producto incluso fueron negativas hasta en -3.5 como en 1982, entre 1986 y 1992 las tasas de crecimiento del producto han superado el 3% anual con sus respectivos altibajos, que supone un crecimiento levemente superior al de la población que crece al 2.95% promedio anual.

El crecimiento del producto no ha incidido en los grupos de ingresos medios y bajos quienes sufren el alza constante de los precios. Así mismo el PIB por habitante, ha oscilado apenas entre Q.920.00 y Q.937.00 de 1980, entre los años anteriormente considerados. Ingreso muy inferior al del año 1980 que alcanzó los Q.1200.00 por habitante.

El relativo incremento del producto no se refleja positivamente en las finanzas públicas del país, siendo así que los ingresos fiscales como proporción del PIB, han oscilado entre 8.9 y 10.8% respectivamente entre 1986 y 1992. Por su parte, la proporción de los ingresos tributarios, con relación al PIB, han variado entre 8.8% en 1988 y 6.8% en 1992. Esta situación ha contribuido a afectar el nivel de las inversiones públicas particularmente las del sector salud.

En efecto, por el lado del gasto público éste ha oscilado entre un 10.7 y 13.3% de 1986 y 1992 con oscilaciones que no permiten afirmar que el gasto tenga una constante al incremento.

Es importante destacar que la tasa de desempleo supera más del 40% apreciándose como resultado de ello un proceso de terciarización de la economía que se refleja en el incremento del subempleo de 29.8 a 33.7 entre 1986 y 1992 respectivamente. La falta de empleo y el proceso de informalización han contribuido a agudizar los niveles de pobreza que para 1989, algunas fuentes oficiales lo han estimado en 89.0% del total de la población y en un 67% la pobreza extrema.

Desde la perspectiva de la situación financiera del sector salud y particularmente del MSPAS, los ingresos se han incrementado notablemente a precios corrientes al pasar de 131 millones de quetzales en 1986 a 537 millones en 1992. A precios corrientes de 1980, sin embargo, el ingreso apenas oscila entre 67 millones de quetzales en 1986 y 102 millones en 1993. Cantidades que con el crecimiento vegetativo de la población resultan sumamente limitadas pues el ingreso por habitante en términos constantes apenas fluctuó de 8.30 quetzales en 1986 a 10.43 quetzales en 1992, cifras inferiores a las de 1980, año en el cual el ingreso supero los 16 quetzales por habitante.

En cuanto a su ejecución, el gasto en salud del MSPAS muestra serias deficiencias ya que entre los años 1986 y 1991, sólo en el primer año en mención superó un 100% de ejecución; en el resto de años la ejecución siempre es menor de 100.

Por otra parte, el IGSS ha percibido ingresos considerablemente elevados en términos de quetzales al pasar éstos de 192 millones en 1986, a 609 en 1991. Sin embargo, a precios constantes de 1980 estas cantidades tienen una expresión distinta que se reduce a 96 y 121 millones de quetzales respectivamente. Los recursos del IGSS provienen de los denominados aportes paratributarios a diferencia de los del MSPAS que provienen del Presupuesto de Ingresos y Gasto de la Nación y que limita su incremento, al depender de las finanzas públicas del país.

Cabe destacar que el gasto del IGSS siempre es superior por cobertura al del MSPAS, en 1986 cada institución destinaba respectivamente 101 y 25 quetzales per capita, y en 1991, 222 y 57 quetzales en el mismo orden.

En cuanto a la asignación del gasto por regiones, el IGSS destinó en 1992, el 75% de su presupuesto al área metropolitana y el Ministerio casi el 70%, lo que evidencia el alto grado de concentración de los recursos y el carácter excluyente en términos sociales del sistema de salud.

## 2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del proyecto

Las prioridades para el sector salud continúan siendo el fortalecimiento de la planificación y la programación y la modernización del sistema legislativo. Además se muestra como una prioridad insoslayable la vinculación funcional del sector salud, con los sectores productivos con el fin de que se logre un mayor poder de negociación en términos de asignación de recursos financieros.

### 3. Ejes de la cooperación técnica

3.1 Investigación

3.2 Capacitación

3.3 Coordinación intra e intersectorial

## c. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:

### 1. General:

Se ha mantenido una comunicación permanente con las autoridades de SEGEPLAN, Congreso de la República. PARLACEN y CICS.

Se han logrado resultados positivos sobre todo en el campo de la difusión del tema de economía y salud, por medio de dos talleres nacionales, la elaboración de ensayos, la participación docente en la universidad.

En cuanto a actividades de cooperación relevante, se ha participado en la elaboración y edición de varios documentos: Estudio Básico del Sector Salud I (se encuentra en preparación el volumen de 1993); Notas sobre el Financiamiento Público y el Gasto en Salud en Guatemala; y Salud en las Américas, capítulo Guatemala. Así mismo, se ha dado apoyo para la preparación de un seminario-taller a la unidad odontológica de la DGSS y se presta apoyo a los diversos programas de la Representación.

### 2. Proceso:

Dado que la economía y las ciencias sociales, están presentes en todos los programas, esto constituye un campo fértil para el desarrollo de actividades conjuntas e interprogramáticas. Con algunos programas, esto se lleva a la práctica, sin embargo, aún hace falta una mayor coordinación, dada la importancia de este componente.

Es importante continuar abriendo brecha en los sectores económicos desde los cuales se mira el sector social y particularmente el de la salud como poco relevante para el desarrollo, sobre todo por las corrientes dominantes de pensamiento a nivel mundial. El reto de este componente es muy grande, se considera incipiente su desarrollo y en un futuro deberá incidir con más fuerza en el proceso de planificación sectorial. Los recursos disponibles, son suficientes para la cooperación técnica proyectada.

La iniciativa de Atención en Salud para el Trabajador Migrante y su Familia, y la formalización del Proyecto con el BCIE es un trabajo prioritario en los próximos meses. La consolidación del desarrollo de APS/SILOS, en las zonas de PRODERE, constituye una actividad central de la cooperación técnica de OPS/OMS. La participación en la formulación de proyectos en las áreas prioritarias, para acceder a fondos de FONAPAZ Y FIS son una estrategia de movilización de recursos para fortalecer el desarrollo de los SILOS.

3. Recursos Financieros (APB Y PTC)

3.1 Presupuestarios: \$ 25,500

3.2 Extrapresupuestarios: --

Asignado: \$ 25,500

Obligado: \$ 19,590

Gastado: \$ 7,116

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.

Los actores sociales con los que se labora en los diferentes programas, tienen un rol muy importante al interior de la sociedad, puesto que en algunos casos ejercen en el campo de la administración pública un papel de trascendencia. Por ejemplo SEGEPLAN, es el encargado de la planificación y programación a nivel nacional, sin embargo debe reconocerse que a la fecha su incidencia en el sector de la salud, apenas principia a ser notoria sobre todo por la vía de la programación de los recursos financieros y en la formulación de los planes operativos anuales de los diversos ministerios del país. Esta entidad es la encargada de controlar y monitorear los proyectos de inversión de las diversas instancias públicas.

En cuanto al Congreso de la República, es más que obvia su importancia puesto que es en su seno se deciden las acciones en términos de legislación en salud. A la fecha es poca la incidencia que el sector salud ha tenido en él por lo que es muy importante conservar y estrechar el trabajo de cooperación con esta instancia pública.

Respecto al PARLACEN, los procesos dinámicos de integración que experimenta la región hacen necesario el mantenimiento de la cooperación con esta instancia a nivel centroamericano ya que a través de él puede influirse sobre las decisiones jurídicas que autónomamente toma cada uno de los países y que a la fecha se hace necesario coordinar, para lograr un mejor estado de bienestar en los centroamericanos.

Por el ser el CICS, un centro universitario de investigación en salud, esta institución puede y debe jugar un rol multiplicador del conocimiento por medio de las investigaciones aplicada y teórica. A la fecha, por diversas razones, los centros de investigación tanto en salud como social en general, tienen muy poco que decir en torno a la investigación en salud. En ese orden la cooperación puede y debe jugar un papel importante apoyando y promoviendo el trabajo institucional y su difusión.

En cuanto al MSPAS, carece de una política congruente con las realidades del país, en parte por las restricciones financieras a las que enfrenta y por la otra por la debilidad estructural del sector público en general. La década de los 80 evidenció las debilidades del sector público de la salud, confirmando su relativa inestabilidad.

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional juegan un papel muy importante en la actualidad como grupos de presión que ejercen influencia en las decisiones de política pública y, en los últimos tiempos, de salud. Las propuestas de política de estas instituciones quedan inscritas dentro de la concepción neoliberal y buscan dos objetivos fundamentales: la privatización de los servicios públicos (dentro de los que deben incluirse los de salud) como consecuencia de su ineficiencia y baja productividad y el establecimiento de mecanismos de cobro en los servicios públicos, obviando así su gratuidad.

Dentro de las estrategias de los créditos, estas instituciones ejercen influencia sobre las instancias financieras del país, para que a su vez condicionen la dotación de recursos a las instituciones de carácter social, como lo es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Instituciones como OPS/OMS, que no son órganos financieros en el sentido estricto del término, se enfrentan en la actualidad al rol que desempeñan los entes financieros internacionales, con cierto grado de desventaja, puesto que sus recursos son limitados. En ese sentido deberán establecerse estrategias de cooperación que permitan a los organismos especializados no financieros, entregar cooperación en forma novedosa, de tal manera que no pierdan el espacio tan importante que han logrado y sobre todo que la experiencia adquirida a través del tiempo pueda, continuar transmitiéndose a las sociedades periféricas que requieren en el campo de la salud acciones de importancia para beneficio de las mayorías del país, especialmente los grupos vulnerables.

En términos de cooperación la OPS/OMS, necesariamente deberá establecer formas particulares de vinculación y deberá hacer uso de toda la experiencia acumulada, a fin de que el conocimiento y la experiencia adquirida, constituya su principal capital.

2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995  
(Aspectos importantes que pueden influir en la cooperación técnica del programa).

La estrategia de cooperación debe darse en el seno de un sector público de la salud debilitado y con escasez de recursos. Debe tomarse en cuenta también, el rol que jugarán los organismos internacionales de crédito. En ese orden una estrategia de cooperación debe sustentarse principalmente en la experiencia y conocimientos institucionales, particularmente en las áreas de la planificación, programación, formulación de políticas y la elaboración de proyectos. La investigación en salud deberá estimular la creatividad y las

propuestas de cambio del modelo de atención, así como de mecanismos y alternativas de financiamiento.

Esta estrategia debería adoptarse en todos y cada uno de los programas a fin de hacer el mejor uso de los recursos relativamente escasos, con los cuales debe lograrse la mayor efectividad y productividad posibles.



## 5. PREPARACIÓN PARA DESASTRES

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Preparación para Desastres
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud
3. Responsable: Dr. Eduardo Guerrero  
Dra. María Elena Humphrey
4. Consultores, Colaboradores: Dr. Francisco Zambroni
5. Apoyo administrativo al programa: Secretaria
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática.  
Desarrollo de Servicios Hospitalarios
  - 6.2 Interagencial.  
AID. PNUD, PMA. CARE. CRS, Embajadas de EEUU y Gran Bretaña
  - 6.3 Interinstitucional  
Comité Nacional de Emergencia (CONE)  
MSPAS

b. **CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa.  
No existe un plan nacional de emergencia.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa.

La prioridad del CONE es que el país esté preparado para un desastre natural. Con este fin, el CONE apoya la elaboración e implementación de un plan de emergencia, el cual incluye el Metroplan y el CODES. El Metroplan es una guía de acción para la región metropolitana y el CODES implica una estrategia de procedimientos para los departamentos.

El CONE apoya la iniciativa del Sistema de Coordinación, formado por 35 agencias que tienen un rol en caso de desastres. El objetivo del Sistema es unir a estas agencias para que coordinen la labor de asistencia humanitaria y apoyen al CONE en su función de ayuda.

La prioridad del MSPAS es el mejoramiento de las emergencias hospitalarias en el país, para que estén preparadas en caso de un desastre natural. Otra prioridad es el adiestramiento de personal hospitalario sobre el tema de preparación ante desastres.

3. Ejes de la Cooperación Técnica.

3.1 Investigación

3.2 Capacitación

3.3 Coordinación

c. **EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas.

El Componente de Desastres responde a las orientaciones programáticas principalmente en la organización de agencias en un sistema para la elaboración de un plan nacional de desastres.

2. Progreso:

2.1 Avance hacia el logro de resultados más importantes.

No se han producido actividades de cooperación relevantes que no hayan sido programadas en el APB o PTC.

2.2 Grado de Avance (Evaluación primer PTC, 1993).

El CONE ya unió a los grupos de salud técnico-científicos, operativos y sociales en la elaboración e implementación del Metroplan. Ya se efectuó una simulación el 8 de junio para poner en práctica el plan. El Centro Operativo de Emergencia ya está organizado. Las jefas de salas de emergencia de los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios y Centro Médico Militar han recibido adiestramiento sobre preparación ante desastres y han organizado talleres en sus hospitales para el mejoramiento de las emergencias. Se han realizado seminarios para la revisión y actualización de los planes de emergencia en esos hospitales.

2.4 Apoyo Regional.

3. Recursos Financieros (APB y PTC):

3.1 Presupuestarios: \$ 7,200

3.2 Extrapresupuestarios: \$ 11,947

3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1993):

DHS	DPP
Asignado: \$7,200	\$ 11,947
Obligado: \$7,200	\$ 10,492
Gastado: \$7,200	\$ 5,683

El presupuesto asignado a este proyecto es adecuado para la capacidad nacional de absorción y las necesidades de la cooperación. El 20% del presupuesto asignado al proyecto ha sido ejecutado al finalizar el cuatrimestre.

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante. (Apoyarán la información general de la Representación)  
Lograr apoyo del MSPAS para el Programa de Desastres
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995.  
(Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación Técnica del Programa).

Los factores favorables son: interés nacional e institucional para la preparación ante desastres, equipos de trabajo con alta motivación laboral, recursos internos adecuados, como préstamo de salas de reuniones, apoyo secretarial, de transporte y fotocopias, apoyo financiero del PED/COR para adiestramiento sobre desastres.

La manera en que se podrían aprovechar estos factores para mejorar la efectividad de la cooperación en el próximo período de programación es aprovechando la asistencia técnica de los Drs. Fernando Corzantes y Henry Leiva del hospital San Juan de Dios, del Dr. Mario Morán del hospital Roosevelt, y del Dr. Francisco Díaz del Centro Médico Militar.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. USAID
2. Embajada de Canadá
3. Asociación de Scouts de Guatemala
4. Cámara de Comercio de Guatemala
5. CARE
6. CARITAS Arquidiocesana
7. Club de Leones
8. Club de Radioaficionados

9. Club Rotario
10. Compañeros de las Américas
11. CONE
12. Bomberos Voluntarios y Municipales
13. Cuerpo de Paz
14. Embajada Americana
15. Embajada de Gran Bretaña
16. Feed the Children
17. Foster Parents Plan Internacional
18. Médicos sin Fronteras OEA
19. PNUD
20. PMA
21. Orden de Malta
22. Universidad de San Carlos
23. Universidad del Valle
24. Visión Mundial Internacional
25. MSPAS. Unidad de Desastres y Dirección General de Hospitales
26. Hospitales Roosevelt, San Juan de Dios y Centro Médico Militar

El programa de desastres se ha enfocado en el logro del mejoramiento de las emergencias hospitalarias y en la creación de un plan de desastres nacional. El personal de la oficina de OPS en Guatemala ha adquirido destrezas para su respuesta ante un desastre a través de la capacitación y del establecimiento de un plan de evacuación.

Jefas de salas de emergencia de los hospitales Roosevelt, San Juan de Dios y Centro Médico Militar se han reunido semanalmente para analizar y proponer estrategias del mejoramiento de sus servicios. También han impulsado la revisión y actualización de los planes de emergencia hospitalarios y han iniciado el proceso de calidad total en sus hospitales.

La consultora del programa de desastres forma parte de la Junta Directiva de un sistema de agencias que tienen rol en caso de desastre. Este sistema brinda su apoyo y colaboración al CONE (Comité Nacional de Emergencia).

El programa de desastres presta su colaboración técnica y financiera al CONE en la elaboración de su plan nacional de emergencia, llamados Metroplan (en la capital) y CODES (en los departamentos). Se han hecho simulaciones de desastres y se han atendido emergencias como inundaciones y deslaves contando con los lineamientos de ese plan.

6. PROGRAMA DE DESARROLLO DE REFUGIADOS.  
RETORNADOS Y DESPLAZADOS  
PRODERE.

a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Programa de Desarrollo de Refugiados, Retornados y Desplazados, PRODERE.
2. División: DHS
3. Responsable: Dr. Eduardo Guerrero E.  
Dra. Hilda Leal de Molina
4. Consultores, Colaboradores: Ing. Luis Sosa  
Licda. Dalia de Castañeda  
Dr. Francis Arreaga  
Licda. Eva Sazo de Méndez
5. Apoyo administrativo al programa: Secretaria
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
Medicamentos Esenciales  
Vigilancia Epidemiológica  
Seguridad Alimentaria INCAP  
Salud, Mujer y Desarrollo  
APS/SILOS  
Desarrollo de Recursos Humanos  
Salud Mental  
Inmunizaciones  
Materno Infantil  
Saneamiento Ambiental  
Proyecto de Migrantes  
Malaria  
Dirección de Hospitales

- 6.2 Interagencial:
  - UNICEF
  - AID
  - INCAP
  - PNUD
  - ACNUR
  - OIT
  - OIM
  - ONGs
  
- 6.3 Interinstitucional:
  - Ministerio de Salud Pública y Asist. Social
  - Control del Cólera
  - Salud Mental
  - Salud Escolar
  - Saneamiento Básico
  - Salud Materno Infantil
  - Vigilancia y control epidemiológico
  - Desastres
  - Malaria
  - Control de Alimentos y Medicamentos



**b. CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al Proyecto

El enfrentamiento en el área ha causado desplazamiento interno y externo, principalmente hacia México, durante los últimos 10 años. Como resultado de negociaciones entre los gobiernos de ambos países y representantes de los refugiados y con el apoyo de la cooperación internacional, se ha iniciado el retorno de esta población. La reubicación se ha establecido principalmente en el Triángulo Ixil y la comunidad Victoria 20 de enero (Polígono 14), en el Ixcán. Traumas psicológicos, desnutrición, orfandad, falta de atención en educación y salud e inestabilidad emocional y social, son algunos de los problemas que aquejan a los afectados por el conflicto armado, especialmente a los niños.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa:

Desarrollo de Sistemas Locales de Salud

Mejoramiento de condiciones de saneamiento ambiental

3. Ejes de la Cooperación Técnica  
Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los Servicios  
Desarrollo del Modelo de Atención  
Desarrollo de Recursos Humanos  
Vigilancia y control epidemiológico  
Promoción y participación social  
Saneamiento básico

c. **EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

1. General:

Se ha propiciado que el MSPAS identifique la urgencia de canalizar sus esfuerzos hacia la zona, considerándola como prioritaria en salud y haya decidido duplicar su presupuesto regular de 1993 para la región VII; siguiendo la decisión del Ministerio ya se encuentra en marcha la organización de la Subsede de OPS en esa región, a través de la descentralización de la cooperación técnica y con el propósito de fortalecer el desarrollo de SILOS.

2. Proceso:

Con miras a apoyar adecuadamente el fortalecimiento de la región VII, el MSPAS ha emitido el Acuerdo Gubernativo para elevar el municipio de Ixcán a la categoría de Jefatura de Área de Salud y ha nombrado Jefe de Área (personal OPS/ PRODERE). El MSPAS ha definido como política prioritaria la táctica de SILOS decidiendo que para ponerla en práctica oficialmente iniciaría con una reunión inaugural para todo el país, en el Triángulo Ixíl, el 22 de abril de 1993.

Dentro de dicho proceso se destaca la conformación del comité central de SILOS de Ixcán, el 17 de mayo, el cual se sustenta en el trabajo de líderes comunitarios muy bien organizados, quienes desarrollan sus programas a partir del análisis de sus problemas y necesidades y de la priorización que hacen de los mismos, por lo que presentan demandas muy concretas.

- 2.1 Problemas encontrados en la ejecución
- Situación de violencia en la región de ejecución del proyecto
  - Debilidad a nivel institucional de los diferentes sectores
  - Personal de salud no habla los idiomas locales.
  - Inaccesibilidad geográfica a las comunidades de mayor riesgo
  - Migración constante

- 2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes
- Se ha logrado el involucramiento de las principales autoridades locales de salud en la programación local de las actividades y recursos de las áreas PRODERE. Además, han jugado un papel importante en la conformación y ejecución de SILOS. A continuación se resumen los logros, en relación a los ejes señalados en la programación:

- 2.2.1 Modelo de Atención  
Análisis de la situación de salud de los municipios del Triángulo Ixil y del Departamento de Quiché.  
Investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de atención del parto por la comadrona tradicional.
- 2.2.2 Desarrollo del Sistema de Información  
A partir del análisis de la situación de salud, se ha iniciado el trabajo conjunto de la Jefatura de Área de Salud de Quiché, UNICEF, OPS/PRODERE (Apoyado por el Depto. de Vigilancia Epidemiológica de OPS/OMS), para establecer indicadores de salud que permitan el desarrollo del Sistema de Información, el monitoreo de las acciones de salud y la vigilancia epidemiológica.
- 2.2.3 Formación y Capacitación de Recursos Humanos  
Se han desarrollado cursos para formar auxiliares de enfermería originarios de diversas comunidades del Departamento de El Quiché, hablantes de idiomas locales, en coordinación con las escuelas de enfermería de Quetzaltenango y Alta Verapáz, del Ministerio de Salud Pública.  
Apoyo a la difusión del conocimiento científico y técnico en el ramo de salud y desarrollo a través de la conformación de Centros de Documentación a nivel local; así como la publicación y distribución de la revista Salud y Retorno.
- 2.2.4 Integración de los programas especializados  
En función de las necesidades locales se han desarrollado talleres y reuniones con el apoyo de los diversos programas de la Representación y del MSPAS.
- 2.2.5 Apoyo a las poblaciones que retornan al país  
Participación en el proceso de planificación y ejecución de actividades para facilitar el retorno en sus distintas etapas. Además, se ha coordinado con las instituciones del Sector Salud el desarrollo de actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida en los lugares de asentamiento.
- 2.2.6 Saneamiento Ambiental  
Estudios Sanitarios  
Coordinación con el MSPAS para el desarrollo de estudios en zonas de asentamiento con el propósito de construcción de acueductos, pozos, letrinas tradicionales y letrinas aboneras secas familiares. Así como control de calidad de agua de los pozos construidos y fuentes de agua en el Área de Ixcán  
Se ha aplicado tecnología apropiada para el aprovechamiento de agua de lluvia para consumo humano, a través de la construcción de cisternas, utilizando materiales locales y otros.  
Permanentemente se planifican y desarrollan actividades de promoción y educación sanitaria, a través de la cual se mejoran hábitos higiénicos y se le da una utilización adecuada a letrinas y otras obras de saneamiento básico

3. Recursos Financieros (APB y PTC):  
Extrapresupuestarios:

\$ 83,328.00

Porcentaje de Ejecución (Global 1993):

Asignado.....83,328.00 (25%)

Obligado.....59,764.70 (72%)

Gastado.....28,418.46 (34%)

**d. PROYECCIONES:**

Aspectos que requieren la atención inmediata del representante

Unificación de criterios entre agencias y negociación de la participación de la Representación en el PostPRODERE (PRODERE concluye el 31 de diciembre de 1993 a nivel de Guatemala y Centro América, se encuentra en planificación la continuación en un proyecto cuyo enfoque principal es el desarrollo humano).

Evolución prevista del sector en el período 1994-1995

La situación de refugiados, retornados y desplazados en Guatemala es quizá la más compleja de toda Centro América. Las acciones en pro de la salud avanzan lentamente en esa zona, pues la mayoría de factores causales son de tipo estructural. Se prevé que en el transcurso de 2 años estarán retornando al país los 40,000 refugiados en México a las zonas de intervención de PRODERE, por lo que se incrementaran las demandas de cooperación técnica.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Ministerio de Desarrollo
3. Municipalidades
4. OIM
5. OIT
6. ONGs

## 7. SALUD Y DESARROLLO/SALUD PARA EL TRABAJADOR MIGRANTE Y SU FAMILIA

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Componente: Salud y Desarrollo/Salud para el trabajador migrante y su familia
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud
3. Responsable: Dr. Eduardo Guerrero E.  
Ing. Anabella Morán de Alvarez
4. Consultores, colaboradores: Dr. José Quiñónez, Ing. Mauricio Pardon, Dra. Hilda Leal, Licda. Eva Sazo de Méndez, Dr. F. Zambroni
5. Apoyo administrativo al proyecto: Secretaria, vehículo y piloto
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: APS/SILOS, PRODERE, Saneamiento Básico, Recursos Humanos, Desarrollo de Servicios Hospitalarios
  - 6.2 Interagencial: AID, BCIE y UNICEF, ONGs
  - 6.3 Interinstitucional: MSPAS, IGSS, ANACAFE, FUNDAZUCAR, CONSEJO DEL ALGODON, USAC.

b. CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:

1. Problemas principales del país en relación al programa

La mayoría de las fincas cañeras presentan deficiencias en cuanto a sus condiciones de saneamiento básico y vivienda, lo que se ha reflejado para este año, en un agudizamiento de la epidemia del Cólera, sobre todo en el departamento de Suchitepéquez. Se agregan a ello las recientes intoxicaciones por plaguicidas en trabajadores de fincas anexas en el área de La Gomera en Escuintla.

Hasta la fecha no ha sido posible documentar los cambios de infraestructura en saneamiento, vivienda y alimentación que han sufrido algunos ingenios, experiencia que se considera puede ser trasladada a los demás miembros de este cultivo o de otros cultivos.

No se han identificado plenamente las comunidades de origen del migrante. No se ha podido estimar con certeza la cantidad de migrantes hacia la Costa Sur.

La caída de los precios del café no incentiva al caficultor a desarrollar cambios substanciales en saneamiento básico en fincas y ha restado importancia a los programas de salud de ANACAFE, debido al mismo fenómeno, la contratación de trabajador migrante a disminuido.

El algodón ha reducido a la mitad sus áreas de cultivo de 34,000 manzanas a un estimado de 16,000, pasando muchas fincas a cultivar maíz (fenómeno maiceros) y al arrendamiento para cultivo de caña. El propietario de la finca no asume en ninguno de estos casos la responsabilidad de mejorar las pésimas condiciones de saneamiento básico que prevalecen en todas las fincas de algodón y de nuevos cultivos. A esto agregamos que las principales fincas de algodón se han mecanizado, lo que ha traído como consecuencia el desempleo para muchos cortadores.

2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del proyecto

2.1 Apoyar la coordinación del sector salud en Escuintla (MSPAS-IGSS) para promover un modelo de atención para el trabajador migrante y su familia.

2.2 Incorporar al sector agroindustrial al modelo de atención propuesto para la costa sur.

- 2.3 Articular las acciones de salud en las comunidades de origen y de trabajo de la población migrante. Se trabaja en la elaboración de un protocolo de investigación de comunidades de origen para medir la cantidad de población migrante.
- 3. Ejes de la cooperación técnica
  - 3.1 Investigación
  - 3.2 Capacitación
  - 3.3 Coordinación intra e intersectorial
  - 3.4 Saneamiento básico
  - 3.5 Desarrollo de servicios de salud: Atención primaria



**c. EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

1. General:

Fortalecer modelos de atención para grupos de población en alto riesgo

2. Proceso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución

2.1.1 Relativo interés del sector privado para mejorar las condiciones de alojamiento y seguridad e higiene en el trabajo.

2.1.2 No se conocen cifras reales del fenómeno migratorio, ni se identifican con certeza las comunidades de origen y las rutas de desplazamiento.

2.2 Avance hacia logro de resultados más importantes

2.2.1. Formación y consolidación del Comité Mixto Interinstitucional

2.2.2 Conformación del Sector Salud de Escuintla

2.2.3 Incorporación de las Regiones II, VI y VII y USAC al Comité Mixto.

2.3 Grado de Avance

2.3.1 Se logró apertura de trabajo en fincas de algodón para realizar un diagnóstico de saneamiento básico y recomendaciones para mejorar condiciones ( 96 fincas evaluadas).

2.3.2 Se hizo evaluación y diagnóstico de saneamiento básico en fincas de Alta Verapaz.

2.3.3 Se evaluaron condiciones de salud en fincas en época de corte.

2.3.4 Se elaboró y presentó y se está apoyando la ejecución por parte de Escuintla del Proyecto de trabajo Prevención y Control del Proceso Salud-Enfermedad del trabajador migrante y permanente del departamento de Escuintla.

2.3.5 Se iniciaron actividades en comunidades de origen de migrantes en el Quiché.

- 2.3.6 Se logró identificar las fincas que reciben población migrante en San Marcos, Retalhuleu y Alta Verapaz; así como los contratistas y áreas de influencia, por la Jefatura de Área de Salud de Baja Verapaz.

No. de fincas evaluadas y diagnosticadas sanitariamente en la Costa Sur.

	96
No. de fincas evaluadas epidemiológicamente en la Costa sur.	84
No. de fincas evaluadas sanitariamente en Alta verapáz	35
Talleres de capacitación a personal del sector salud en evaluación sanitaria y medidas rápidas a tomar en caso de epidemia de cólera en fincas de la costa sur	5
Taller de capacitación a promotores de Salud de ANACAFE	1
Talleres de capacitación a promotores permanentes de fincas.	5
No. de Promotores Permanentes de fincas capacitados	122
No. de reuniones de información y coordinación sobre actividades del Proyecto de Migrantes con diferentes Áreas de Salud.	7
No. de reuniones con finqueros de café y algodón	6
No. de reuniones de la comisión Mixta Intersectorial	46
Actividades de capacitación e información al personal Institucional de Escuintla, que trabajará las actividades del Proyecto de Control del Proceso Salud enfermedad en Población Permanente y Migrante en Escuintla.	6

2.4 Apoyo Regional

Se cuenta con el apoyo del Director Regional de la región VII.4

3. Recursos Financieros (APB Y PTC)

3.1 Presupuestarios: \$ 13,600

3.2 Extrapresupuestarios: \$ 35,000

Asignado: \$ 48,600

Obligado: \$ 38,910

Gastado: \$ 32,726

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.  
Darle seguimiento a las gestiones que el MSPAS hace ante el BCIE para apoyar el proyecto de migrantes.

Fortalecimiento del trabajo conjunto con el sector agroindustrial, para mejorar la salud en la costa sur.

2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995  
(Aspectos importantes que pueden influir en la cooperación técnica del programa).

- 2.1 Sector salud de Escuintla

El sector salud de Escuintla propuso para 1993 un plan de trabajo denominado Proyecto de Prevención y Control del Proceso Salud Enfermedad en población Migrante y Permanente del Departamento de Escuintla, el cual estará apoyado por OPS. Apoyo técnico y financiero a capacitaciones de Promotores permanente e itinerantes.

- 2.2 Jefatura de área de salud de San Marcos:

Se apoyarán las diferentes actividades a través del fondo asignado a dicha jefatura. Por parte de OPS, se brindará la asistencia técnica para mejorar su nivel de coordinación con finqueros y desarrollar un programa con comunidades del altiplano, semejante al de Quiché y Huehuetenango.

- 2.3 Jefaturas de área de salud de la Región VII

El 30 de abril, se inició el trabajo con la Jefatura de Área del Quiché acordándose ejecutar las acciones siguientes:

Identificación de comunidades que migran y porcentaje de población que va a la costa.

Sitios de tránsito de los migrantes.

Identificación de contratistas.

Reuniones de información a contratistas, con énfasis en Cólera y Diarrea, así como en vacunación.

Reunión con alcaldes y líderes de las comunidades, en cada distrito de salud.

Identificación de personas que podrían actuar como promotores itinerantes, capacitación con énfasis en Cólera y diarrea, así como en vacunación.

Elaboración de un carnet de vacunación que tenga la aprobación de las autoridades de Salud, y que pueda elaborarse de un material resistente.

Con la Jefatura de Area de Huehuetenango, aún no se tiene un programa establecido pero se insistirá en trabajar, de acuerdo con lo planteado en San Marcos y Quiché.

## 8. PROYECTOS DE INGENIERÍA Y MANTENIMIENTO

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Proyectos de Ingeniería y Mantenimiento.
2. División: Desarrollo de Servicios de Salud (DSS)
3. Responsable: Ing. Ever Sánchez
4. Consultores, Colaboradores: Dr. Eduardo Guerrero  
Ing. Peter Mertens  
Dr. Francisco Zambroni  
Dr. Vidal Herrera  
Ing. Juan Guillermo Lopera
5. Apoyo administrativo al programa: Ing. Apolo Carranza  
Sra. Ruth Letrán de García  
Srita. Claudia Saenz
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática.  
Se coordina con todos los programas y proyectos adscritos a Desarrollo de Servicios de Salud (DHS). así como con el programa de Recursos Humanos.
  - 6.2 Interagencial.  
Ninguna en forma regular.
  - 6.3 Entre países.  
Con todos los países de la Subregión (Centroamérica, Panamá y Belice).

**b. CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa.
  - 1.1 Los actuales servicios de mantenimiento no contribuyen de manera efectiva a la producción de servicios hospitalarios.
  - 1.2 Los servicios de mantenimiento no tienen la capacidad necesaria para proteger la inversión.
  - 1.3 Falta enfoque gerencial en el manejo de la tecnología.
2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa.
  - 2.1 Apoyar actividades que contribuyan al mejoramiento de la gestión y programación local.
  - 2.2 Apoyar los esfuerzos nacionales para el mejoramiento de la calidad de la atención.
  - 2.3 Contribuir al fortalecimiento de mantenimiento de equipos y recursos físicos.
3. Ejes de la Cooperación Técnica.
  - 3.1 Organización de los servicios de mantenimiento.
  - 3.2 Desarrollo y fortalecimiento de los subsistemas de información.
  - 3.3 Capacitación del personal técnico y usuarios.
  - 3.4 Desarrollo de centros de documentación técnica y mecanismos de difusión del conocimiento.
  - 3.5 Fomento de la coordinación interinstitucional.
  - 3.6 Intercambio de experiencias entre países de la subregión.

c. **EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas. El proyecto de Ingeniería y Mantenimiento responde a las Orientaciones Estratégicas, principalmente a la Reorganización del Sector, la Administración del Conocimiento, la Movilización de Recursos y la Cooperación entre Países. Apoya también a las distintas prioridades programáticas, fundamentalmente lo referente al Desarrollo de la Infraestructura de Servicios de Salud en todos sus aspectos. Esto se corrobora en lo mencionado en la parte B3.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución.

2.1.1 Incumplimiento parcial de las actividades programadas y, por lo tanto, subejecución del presupuesto, por: constantes cambios en los niveles directivos superiores y medios del Ministerio de Salud, escasez de personal profesional, deserción de personal técnico calificado, etc.

2.1.2 Baja calidad y escasez de personal técnico, así como insuficientes asignaciones presupuestarias a nivel local, por baja prioridad asignada al mantenimiento de los recursos físicos, en algunas instancias. Esto obedece también a políticas generales de gobierno y a la crisis actual que se vive.

2.1.3 Muy poca disponibilidad de las empresas privadas para vender servicios en el interior del país.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes. Si se compara con la situación existente al momento de iniciarse el proyecto, se puede asegurar que se ha avanzado significativamente hacia el logro de resultados importantes. Existe una mayor conciencia, en todos los niveles, sobre la necesidad de mantener y conservar los recursos físicos en función de su contribución a la producción de servicios. Se nota un mejoramiento relativo en el aspecto de organización, así como un incremento sustancial de la capacidad técnica del personal. Se cuenta con un subsistema de información aún en desarrollo y bibliografía técnica organizada. Se han mejorado los talleres y otros recursos físicos propios del área. El nivel político actualmente hace esfuerzos importantes para lograr mayores asignaciones presupuestarias con el fin de disminuir el deterioro actual de los recursos físicos. Existe un mayor nivel de coordinación interinstitucional, principalmente entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social,

aunque en el presente año se está incorporando el Centro Médico Militar y la iniciativa privada. Todo lo anterior está conduciendo a mejorar el nivel funcional de los equipos e instalaciones físicas de salud, como lo demuestra el incremento del 15% logrado entre 1.989 y 1.992 en el Ministerio de Salud Pública.

- 2.3 Grado de Avance (Evaluación primer PTC, 1,993).  
El Proyecto Subregional de Ingeniería y Mantenimiento y su complementario, el Proyecto Bilateral, finalizaron, en su II Fase, el 30 de abril del presente año. Actualmente se espera la aprobación e inicio de la III Fase del primero. Por su parte, el Proyecto Bilateral finalizó definitivamente, lo que ya fue comunicado oficialmente al gobierno.  
Se estima que, a lo largo de la II Fase, las actividades fueron ejecutadas en un 92% en el Proyecto Subregional y en un 75% en el Bilateral.

2.4 Apoyo Regional.

La naturaleza del proyecto ha permitido contar con un fuerte apoyo regional para la ejecución de las distintas actividades, principalmente las de índole subregional. El apoyo regional se ha manifestado en las gestiones ante los donantes, por ejemplo, en cuanto a la aprobación de las dos fases anteriores, en los desembolsos, etc.

3. Recursos Financieros (APB y PTC).

3.1 Presupuestarios:

El Proyecto no cuenta con fondos regulares de la Organización.

3.2 Extrapresupuestarios:

Los recursos financieros de ambos Proyectos provienen de una donación del Gobierno de Holanda. Durante la II Fase (28 meses), en el Proyecto Subregional, cada uno de los países de la subregión contó con US\$ 150,000 asignados directamente, mas US\$ 20,000 como fondo de emergencia para compra de repuestos. Adicionalmente, cada país se benefició con fondos manejados por la Coordinación Subregional del Proyecto, a través de la contratación de Ingenieros Nacionales (responsables del manejo del Proyecto en cada país), cursos, seminarios y reuniones Subregionales y otras actividades. Por otro lado, en el Proyecto Bilateral el país contó con una disponibilidad de US\$ 544,500, asignados directamente, y dos expertos holandeses, uno de los cuales todavía se encuentra en el país prestando apoyo técnico.

3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1,993).

Asignado:.....US\$ 132,293  
Obligado:.....US\$ 99,465.70  
Gastado:.....US\$ 70,793.01



d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante (Apoyarán la información general de la Representación).
  - 1.1 La situación física y funcional de la red hospitalaria del país.
  - 1.2 La demanda de cooperación por parte del Ministerio de Salud. a través de la Dirección General de Servicios Hospitalarios.
  - 1.3 La coordinación interinstitucional en el campo de Ingeniería y Mantenimiento.
  - 1.4 La transición entre la finalización de la II Fase del Proyecto y el inicio de una III Fase, si la misma es aprobada por el Gobierno Donante.
2. Evolución prevista del sector en el período 1,994-1,995. (Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación Técnica del Programa).

Uno de los aspectos más importantes es, quizás, la intención actual de coordinar acciones entre las distintas instituciones que conforman el sector, de tal manera de evitar con ello la multiplicidad de esfuerzos y lograr mayor eficiencia y eficacia en la prestación de servicios.

Por otro lado, la privatización de servicios es otra tendencia dentro de la evolución del sector que puede obligar a cambiar la forma de cooperación. La organización de los SILOS es un aspecto que, al concretarse, propiciará la participación de la comunidad en el cuidado de sus recursos físicos de salud. A nivel de la subregión, cada vez se incrementa más el trabajo conjunto e intercambio de experiencias entre los distintos países.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Jefe de la División de Ingeniería y Mantenimiento, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
3. Jefe de la División de Ingeniería y Mantenimiento. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
4. Jefe de la División de Ingeniería y Mantenimiento del Centro Médico Militar.
5. Encargado de la División de Conservación y Mantenimiento, Dirección General de Servicios Hospitalarios, Ministerio de Salud.

***MEDICAMENTOS ESENCIALES***

## MEDICAMENTOS ESENCIALES

Este programa tiene como objetivo apoyar al desarrollo de los servicios de salud a través del fortalecimiento de los servicios farmacéuticos, a fin de contar con medicamentos esenciales de calidad en forma oportuna lo que propiciará una mayor credibilidad en los servicios.

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

#### INDICADORES Y FACTORES QUE AFECTAN LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS

El organismo regulador de medicamentos, registró para noviembre de 1992, 7007 productos farmacéuticos de los cuales el 67.7% eran monofármacos y el resto asociaciones.

La oferta de medicamentos en el país se fundamenta en la importación de productos terminados en su mayoría de casas matrices y algunas subsidiarias de compañías transnacionales (54%), la de laboratorios de capital nacional (26%) y la producción local de firmas de capital extranjero (20%).

De los medicamentos que son consumidos en el país, 34.6 % son de producción nacional, comercializándose bajo su marca comercial. Ha habido una disminución en la elaboración de asociaciones, incrementando la fabricación de monofármacos, 66% de los medicamentos producidos.

Los cinco grupos terapéuticos de mayor demanda son: antibióticos (40% del gasto), analgésicos y antiinflamatorios (8.69%), amebicidas, antiparasitarios y antihelmínticos (8.65%), antiácidos y antagonistas H<sub>2</sub> (8.65%) y vitaminas (5.06%).

Con relación a los medicamentos del listado nacional, de los 285 medicamentos que lo conforman, 21.75% se fabrican como genéricos y 32.5% como genéricos de marca.

La evolución de las ventas en los últimos años muestra un aumento de la participación de las compañías de capital nacional y una disminución de las firmas transnacionales tanto las de producción local como las abastecidas por terceros.

Los medicamentos son comercializados principalmente en una red de farmacias públicas y privadas que incluyen en el sector privado 818 farmacias de primera clase, 762 de segunda clase, y 760 ventas de medicina. En el sector público los distribuidores finales- sin incluir la red de servicios asistenciales- son 53 farmacias estatales y 104 ventas de medicina municipal.

Para 1989 el mercado farmacéutico local era de 100 millones según estimaciones de la industria local; de este monto el 24% correspondió a adquisición del sector público (MSP e IGSS).

De los datos anteriores se podría inferir que el gasto en medicamentos por habitante corresponde, a US\$ 11.90. Sin embargo la realidad es que a la fecha hay grandes sectores de la población que aún no tienen acceso a medicamentos.

Por otra parte los servicios de salud reciben una gran demanda que no alcanza a cubrirse por los bajos presupuestos y en algunos casos por el uso irracional que se hace de los recursos. Para el caso de los medicamentos los servicios farmacéuticos hospitalarios han evidenciado deficiencias en los diferentes componentes del suministro de medicamentos lo que incide en su disponibilidad.

Situación similar se presenta en los servicios locales, con excepción de aquellas aéreas donde se han establecido programas de medicamentos esenciales.

## B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

La Constitución Política de la República de Guatemala establece en su artículo 96 que es obligación del Estado el velar por la calidad de los productos consumidos por la población, en particular de los productos farmacéuticos y químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes.

En el Libro II del Código de Salud se establecen los diversos requisitos que deben cumplir los medicamentos y los establecimientos elaboradores y expendedores de medicamentos, así como lo referente a autorizaciones de comercialización y registro de especialidades farmacéuticas.

Dentro del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, el área de medicamentos esenciales viene a apoyar los componentes de Transformación de los Servicios de Salud, de Ciencia y Tecnología y específicamente en las Areas Especiales donde se asigna el 63.8% de los fondos al Control de Enfermedades; donde los medicamentos seguros, eficaces y de calidad juegan un papel importante en la prevención y/o curación del perfil epidemiológico de la población guatemalteca.

En junio de 1992 dentro de la emisión de políticas del Sector Salud se promulgó la Política Farmacéutica cuya acción general es establecer un mecanismo eficaz que permita tener a disponibilidad y accesibilidad de la población y de los servicios de salud medicamentos esenciales de calidad, eficaces, seguros y de bajo precio.

En concordancia a lo anterior el Ministerio de Salud, convocó a una Comisión para la revisión y elaboración del Listado Nacional de Medicamentos el cual fue puesto en vigencia a finales del año, por medio de un acuerdo ministerial.

## C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA

El Ministerio de Salud ha definido dentro de sus programas prioritarios el fortalecimiento de la red de servicios hospitalarios, encontrándose los servicios farmacéuticos dentro de una de las áreas a atender.

Los logros alcanzados en áreas donde se encuentran establecidos programas de medicamentos esenciales provocó que las autoridades solicitaran apoyo para desarrollar similares en la Región II y VII y extenderlos a otras regiones de salud en el futuro.

También se ha solicitado apoyo para la autoridad reguladora que permita el cumplimiento de las acciones específicas de la política farmacéutica, en lo que respecta a la garantía de calidad de los medicamentos que consume el Estado, a la disponibilidad de aquellos existentes en el Listado Nacional y a la revisión y establecimiento de normas que faciliten la armonización subregional de registro de medicamentos.

La falta de conocimiento de términos como "medicamentos esenciales" y "uso racional del medicamento" dentro de los profesionales de la salud ha incidido en el uso adecuado de los medicamentos, por lo que una de las áreas prioritarias es la incorporación de los temas mencionados en los currícula de las escuelas formadoras y en programas de educación continua.

Promover el uso racional de los medicamentos en la población usuaria por medio de los sistemas de información y promoción del sector salud, es otra de las tareas prioritarias.

## D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

El área de medicamentos viene colaborando desde los últimos años con el Programa Subregional que apoya componentes como Control de Calidad, Producción y Políticas Farmacéuticas. A la fecha se están ejecutando actividades relacionadas con el Uso Racional de los Medicamentos. Estas acciones deben tener continuidad y apoyo para su permanencia.

Por otra parte, la prioridad definida por el gobierno en lo que respecta al fortalecimiento de la red hospitalaria y al establecimiento de programas de medicamentos esenciales en los SILOS, hace necesario el contar con un programa con fondos regulares que permita apoyar y trasladar cooperación técnica en las áreas definidas por el gobierno.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. MEDICAMENTOS ESENCIALES

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Medicamentos esenciales y vacunas
2. División: DSS-EDV
3. Responsable: Licenciada Juana M. de Rodríguez
4. Consultores colaboradores: Dr. Julio Valdez,  
Dr. Giovanni Brolo,  
Dr. Salvador Solares.
5. Apoyo administrativo al programa: Señora Ana Claudina Escobar secretaria.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
Desarrollo de Servicios de Salud, APS/SILOS, Vigilancia Epidemiológica, Prodere, Gerencia, Seguridad Alimentaria, Recursos humanos.
  - 6.2 Interagencial: UNICEF, AID.
  - 6.3 Entre países: Los países de la subregión y República Dominicana.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa.
  - 1.1 Falta de supervisión en el cumplimiento de la política y legislación farmacéutica lo que se manifiesta en: una selección y existencia de medicamentos en los servicios sin criterios de eficacia que de respuesta a la morbilidad y que este acorde a la cobertura de los servicios.
  - 1.2 Falta de accesibilidad de medicamentos incluso los mas esenciales para la mayoría de la población.
  - 1.3 Servicios Farmacéuticos a nivel local y hospitalarios deficientes.
  - 1.4 Distribución ineficiente de medicamentos a los establecimientos del primer nivel, observándose desabatecimiento.
  - 1.5 Uso de medicamentos sin tomar en cuenta aspectos relacionados a su selección.
  - 1.6 Población desinformada con relación a la adecuada utilización de medicamentos.
  - 1.7 Escuelas formadoras que no incluyen dentro de sus pensum de estudios aspectos como medicamentos esenciales y uso racional de medicamentos.
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del programa.

El Ministerio de Salud Pública ha solicitado a OPS apoyo técnico que contribuya a poner al alcance de la población, particularmente aquella en alto riesgo, medicamentos eficaces, seguros y de calidad. Con este propósito ha establecido necesidades de apoyo en las áreas de legislación farmacéutica, desarrollo de los servicios farmacéuticos y el sistema de suministro a nivel central y en aéreas prioritarias (región II y VII).
3. Ejes de la cooperación técnica.
  - 3.1 Apoyo a la producción local de medicamentos e implantación de buenas prácticas de medicamentos.
  - 3.2 Apoyo al uso racional de medicamentos por parte del prescriptor y de la comunidad.

- 3.3 Apoyo al desarrollo de los servicios farmacéuticos dentro del marco de los sistemas locales de salud.
- 3.4 Apoyo a la estrategia de APS mediante la implementación de sistemas de suministro y uso racional de medicamentos en áreas de salud prioritarias dentro del marco de los sistemas locales de salud.
- 3.5 Apoyo a la revisión y adecuación a la legislación farmacéutica en los aspectos de registro, importación y comercialización de medicamentos y fortalecimiento de las autoridades regulatorias y laboratorio de control de calidad.



c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas. El programa ha desarrollado actividades dentro de la estrategia de atención primaria en salud y la táctica de SILOS, dando respuesta a la prioridad de establecimiento de programas de medicamentos esenciales en los departamentos de las regiones II y VII, así mismo se ha apoyado el desarrollo de los servicios de salud de la red hospitalaria, en el mejoramiento de los servicios farmacéuticos.

Por otra parte se viene apoyando la prioridad de apoyo a la legislación de medicamentos dentro del marco de medicamentos esenciales.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

Falta de armonización entre la política económica y la política de salud lo que se traduce en firma de acuerdos bilaterales y multilaterales que afectan el registro y control de medicamentos y emisión de leyes que desgraban el primer paso en la selección de medicamentos.

Falta de supervisión en el cumplimiento de la política farmacéutica observándose no utilización del listado nacional de medicamentos, falta de unificación de los listados de las dos instituciones que prestan una mayor cobertura de servicios de salud (MSPAS e IGSS), multiplicidad de listados de medicamentos en los diferentes niveles del sector salud. Duplicidad de medicamentos, medicamentos ineficaces y que no dan respuesta a las necesidades reales del servicio.

Reducción en los fondos subregionales del programa de medicamentos esenciales lo que ha llevado a posponer o anular tareas que habían sido programadas dentro del plan de trabajo para 1993.

La asignación en algunas actividades de contrapartes con desconocimiento en programas de medicamentos lo que retrasa el desarrollo de las tareas programadas.

2.2 Avance hacia el logro de resultados mas importantes:

Se ha apoyado la armonización de leyes y normas de registro y control a nivel subregional lo que facilitara en el futuro la apertura comercial con el grupo CA-4.

Fortalecimiento de las autoridades regulatorias de medicamentos para la permanencia de criterios de selección y uso racional de los medicamentos.

El fortalecimiento a la conformación de comités de farmacoterapia ha permitido iniciar la concientización sobre el adecuado uso de los medicamentos en las dependencias del MSPAS e IGSS.

La forma en que se ha venido trabajando los programas de medicamentos esenciales a nivel local ha permitido que estos sean visualizados como un programa horizontal de la estrategia de APS lo que ha favorecido la ejecución de las actividades y tareas en el tiempo estimado, lo que permitirá a corto plazo mejorar la disponibilidad de medicamentos de calidad eficaces y seguros así como mejorar la utilización de los mismos por parte del prescriptor, dispensador y consumidor.

La solicitud de cooperación técnica por parte de las escuelas formadoras (Facultad de Medicina y Facultad de Farmacia) ha permitido iniciar actividades que en un futuro permitan la introducción de temas como medicamentos esenciales y uso racional de medicamentos dentro de las cátedras de Farmacología.

El apoyo a instituciones como la Comisión Nacional de Plantas Medicinales, permite el desarrollo de actividades relacionadas con la medicina tradicional para la introducción de criterios relacionados con esta en los programas de medicamentos esenciales.

### 2.3 Grado de avance (Evaluación primer PTC 1993).

En las actividades programadas dentro del proyecto subregional de medicamentos esenciales, se alcanzaron un 70% de los resultados esperados durante el primer cuatrimestre, el porcentaje no alcanzado se debió a que para la realización de las tareas se dependía de fondos de este proyecto, los cuales fueron recortados, apoyando solamente actividades referentes adecuación de la legislación existente, armonización subregional, implantación de BPM y BPL en el laboratorio oficial y capacitación de recursos humanos de la Facultad de Farmacia. Algunas actividades no se realizaron por haber sido trasladadas por las contrapartes nacionales por cambio en las prioridades nacionales. Dentro de estas prioridades se dio énfasis al desarrollo de actividades relacionadas con la apertura de libre comercio entre los países del grupo CA-4 y al desarrollo de documentos técnicos para justificar la derogatoria de la ley sobre libre importación de medicamentos, la cual era contradictoria a lo establecido en el código de salud y el reglamento para el registro y control de medicamentos.

Se solicitó cooperación técnica para el desarrollo de actividades no contempladas en la elaboración del APB y primer PTC como es apoyo al desarrollo de los servicios farmacéuticos del Centro Médico Militar y del patronato de Fundazucar.

La actividad del desarrollo de programas de medicamentos esenciales en el nivel local el cual cuenta con fondos extrapresupuestarios se desarrollaron en un 80% habiéndose ejecutado un 33% de los fondos asignados.

## 2.4 Apoyo Regional:

Se cuenta con apoyo del proyecto subregional de medicamentos, con el programa regional de medicamentos de Washington y el Programa de medicamentos esenciales de OMS el cual apoya el financiamiento de los programas del nivel local.

## 3. Recursos Financieros (APB y PTC)

3.1 Presupuestarios: US\$ 8000.00

3.2 Extrapresupuestarios: US\$ 170,429.00

3.3 Porcentaje de ejecución (Global 1993)

Asignado	US\$ 170,429.00
Obligado	US\$ 113,281.31
Gastado	US\$ 44,407.44

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante.

Apoyar a las autoridades nacionales con criterios técnicos para que la apertura de libre comercio en el grupo CA-4 se de dentro de un marco de armonización subregional de criterio sobre el registro y control de medicamentos. El que se desarrolle de la forma propuesta por el Sector Económico equivaldría a un retroceso en el garantizar a la población medicamentos eficaces, seguros y de calidad, además de perder el trabajo desarrollado por el proyecto subregional de medicamentos en los últimos 6 años.

Continuar apoyando el desarrollo de programas de medicamentos esenciales del nivel local los cuales han permitido desarrollar trabajos conjuntos de atención primaria con las áreas de salud y ser una puerta de entrada para el SILOS.

Mantener una relación abierta con la rectoría de la Universidad Nacional y de las escuelas formadoras para el traslado de cooperación técnica lo que redundará en un futuro en un uso racional de medicamentos.

Continuar relaciones con el sector privado encargado de la producción y comercialización de medicamentos para que exista una actitud positiva hacia el programa de medicamentos esenciales.

2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995.

La permanencia de criterios económicos sobre los de salud específicamente en lo que a medicamentos se refiere con la apertura de la libre comercialización con el grupo CA-4 y convenios bilaterales con Venezuela y Colombia.

El incumplimiento de la Política Farmacéutica y de la legislación de medicamentos.

El desarrollo de programas de medicamentos esenciales dentro del marco de los SILOS permite dar una cooperación técnica mas efectiva y mejorar el acceso de medicamentos esenciales a la población.

La introducción de temas de medicina tradicional permitirá compatibilizar los criterios occidentales con la medicina ancestral utilizada por un grupo mayoritario de la población.

El trabajo con las escuelas formadoras permitirá contar con profesionales que hagan un mejor uso de los medicamentos.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES)**

1. Dr. Jorge A. Ramírez Asesor de Medicamentos del Despacho Ministerial.
2. Dra. Liliana España encargada de medicamentos de la Dirección General de Hospitales.
3. Licenciada Silvia Martínez de Sanchinelli Jefe de la División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos.
4. Ing. Fernando Calderón Director de Droguería Nacional.
5. Licenciada Beatriz Batres de Jiménez Directora del Centro Guatemalteco de Información de Medicamentos.
6. Licenciada Clemencia Gálvez de Avila Decana de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia.
7. Dra. Amarilis Saravia presidenta de la Comisión Nacional para el Aprovechamiento de las Plantas Medicinales CONAPLAMED.
8. Dra. María Dolores Díaz Jefe área de salud Huehuetenango.
9. Dr. Efrain Muralles Jefe de área de salud Sololá.
10. Dr. Jaime R. Ríos Jefa de área de salud Totonicapán.
11. Dr. Carlos A. López Jefe de área de salud Baja Verapaz.
12. Dr. Mario A. Rivera Jefe de área de Quiche
13. Dr. Plinio Dardón Jefe Asistencia Farmacéutica IGSS

***INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS***

## INOCUIDAD DE ALIMENTOS

Contribuir al mejoramiento de la salud de la población, propiciando que a nivel nacional se expendan y se consuman alimentos de buena calidad, no adulterados, libres de contaminantes microbiológicos, biológicos y químicos y que cumplan con las normas de calidad nutricional, mediante una correcta manipulación y un adecuado sistema de vigilancia y control, constituye el principal objetivo de este programa.

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

Indicadores de la calidad de los alimentos:

La calidad de los alimentos que se expenden y se consumen en el país, es a menudo deficiente. En 1992 el MSPAS analizó un total de 1566 muestras de todo tipo de alimentos para control de calidad. El análisis físico-químico, lo que incluye parámetros de adulteración, demostró que únicamente el 44% era aceptable, el 56% era aceptable microbiológicamente y el 84% aceptable desde el punto de vista de contaminantes químicos y biológicos.

Para leche y alimentos expendidos en la vía pública específicamente, el 50% de las muestras cumplieron con las normas de calidad. Esta cifra, aunque baja, representa una mejoría importante desde 1991.

En la vía pública, los alimentos más contaminados son los refrescos naturales. En 1992 solamente el 14% de los refrescos expendidos en la ciudad capital microbiológicamente y a nivel departamental el 24%, era aceptable.

Factores que afectan la calidad de los alimentos:

La manipulación de alimentos es, en general, deficiente tanto en la industria de alimentos como a nivel institucional y a nivel de consumidor, lo que contribuye fuertemente a la alta incidencia de enfermedades diarréicas. En la mayoría de los casos la inadecuada manipulación y malos hábitos higiénicos se deben a la falta de educación y capacitación a todo nivel.

La adulteración de los alimentos es otro problema serio en Guatemala y aunque raras veces representa un riesgo para la salud, es un engaño al consumidor con repercusiones económicas.

## B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

La Constitución de la República de Guatemala en sus Artículos 96, 99 y 119 inciso i) declara que: "Es un derecho constitucional de la población contar con alimentos de buena calidad y es deber del Estado velar por esta buena calidad".

El Código de Salud, Decreto 45-79, en sus Artículos 60-85, da las indicaciones para que se asegure la buena calidad de los alimentos.

El "Plan de Acción de Desarrollo Social 1992-1993", publicado por SEGEPLAN, tiene como una de sus metas la mejoría de la cantidad y calidad de los alimentos de 30% en 1994 a 40% en 1995, comprobado a través de laboratorios de control de calidad de alimentos.

Una de las estrategias del "Plan de Acción de Alimentación y Nutrición 1992-1996" es "Proteger a los consumidores mediante el mejoramiento de la calidad e inocuidad de los alimentos".

El "Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Guatemala, 1993" en su 6o. componente "Áreas Especiales", asigna el 63.8% de los fondos al "Control de Enfermedades". En Guatemala el Síndrome Diarréico Agudo representa el 29% de la mortalidad en la población en general en 1990 y el complejo desnutrición-infección representa el 36% de las defunciones. En el "Report of the Panel on Food and Agriculture" de la "WHO Commission on Health and Environment" (Génova, 1992, p.88), se estima que un 70% de las diarreas se deben a patógenos transmitidos por alimentos.

En la "Política Nacional del Sector Salud", publicado en junio de 1992 por el Consejo Nacional de Salud, la política de Seguridad Alimentaria es una de las 11 políticas definidas. Dentro de esta política, dos de las acciones específicas son: 2.1 "Velar por el control de calidad de alimentos, de acuerdo a las leyes y reglamentos específicos" y 2.2 "Garantizar las acciones que aseguren las condiciones sanitarias básicas a nivel familiar, mantener una adecuada calidad de los alimentos y disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades asociadas al deterioro nutricional.

## C. ÁREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA

Basados en las prioridades identificadas, el Gobierno ha pedido cooperación en los siguientes campos:

La responsabilidad del control está dividida entre varios Ministerios e Instituciones. Sin embargo, no se cuenta con un "Programa Nacional de Protección de Alimentos" y con una "Ley Básica de Alimentos" que aseguren la coordinación interinstitucional. Existe bastante desconocimiento sobre la legislación existente y hace falta actualizar



y/o elaborar reglamentos y normas. Ha habido cierto progreso en este campo, especialmente a través de la "Comisión Interinstitucional de Protección de Alimentos" y sus Sub-Comisiones. Se ha pedido cooperación técnica para legalizar esta Comisión como un inicio del "Programa Nacional" y capacitar al personal responsable en aspectos legales para que puedan llevar a cabo las acciones correctivas y preventivas.

Las instituciones responsables de inspección y análisis de laboratorio en los Ministerios de Salud y de Agricultura carecen de recursos humanos, financieros y logísticos suficientes para realizar adecuadamente todas sus funciones, especialmente en el interior de la República. Se ha pedido apoyo para con las instituciones responsables del control y también para fortalecer la descentralización de las actividades y apoyar fuertemente a las Regiones y Areas de Salud en el área de protección de alimentos.

Existe mucho desconocimiento sobre la correcta manipulación de alimentos, tanto en la industria de alimentos como a nivel institucional y a nivel de consumidor. Esto contribuye fuertemente a la alta incidencia de enfermedades diarreicas en el país. Para corregir esta situación se ha solicitado que se incluya en el programa un fuerte componente de educación y capacitación a todo nivel en todo el país.

No existe un programa formal de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, dificultando la identificación de áreas y alimentos de mayor riesgo.

#### D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

El Programa de Inocuidad de Alimentos ha elaborado las siguientes estrategias para apoyar los aspectos prioritarios del sector:

Reordenamiento del sector: Apoyar la descentralización, coordinación interinstitucional y desarrollo institucional.

Descentralización: Impulsar planes interinstitucionales de acción para protección de alimentos a nivel de distrito; para rastros a nivel de áreas; y la instalación de laboratorios regionales para el análisis de alimentos y agua.

Coordinación interinstitucional: Apoyar la legalización y funcionamiento de la "Comisión Interinstitucional de Protección de Alimentos" a nivel local y la organización de talleres durante los cuales se elaboren planes multisectoriales de acción.

Desarrollo institucional: Apoyar a las instituciones responsables de los sectores salud, agricultura y municipalidades.

### Promoción en Salud:

Impulsar actividades para mejorar la higiene en la manipulación de alimentos a nivel de ventas callejeras, hogares y establecimientos en todo el país; y apoyar al "Comité Nacional del Codex Alimentarius" en el cual participa el sector público, industria privada y el público consumidor.

### Control de Enfermedades:

Promover la buena higiene en la manipulación de alimentos y el control de calidad de alimentos y agua potable como una importante medida de prevención contra enfermedades diarreicas, incluyendo el cólera.

Contribuir a la prevención de enfermedades parasitarias, como la cisticercosis; otras causadas por residuos químicos como los plaguicidas y, por fenómenos naturales como la marea roja.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. PROTECCION DE ALIMENTOS

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Inocuidad de Alimentos (FOS)
2. División: División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HPC)
3. Responsable: Ing. Marit de Campos
4. Consultores, Colaboradores: Dra. Elva López Nieto  
Consultora Interpaís OPS en Salud Pública Veterinaria  
Ing. Billy Estrada  
Grupo GTB/INCAP
5. Apoyo administrativo al programa: Sra. Rina Archila, Secretaria
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
Salud Pública Veterinaria  
Epidemiología  
Saneamiento Ambiental  
Medicamentos Esenciales y Vacunas
  - 6.2 Interagencial:  
FAO  
Es importante que esta coordinación se mejore.
  - 6.3 Entre países:  
Consultora interpaís: Asesoría en protección de alimentos en El Salvador, Honduras y Belice.

Programa en general: Por solicitud de los países, apoyo eventual a eventos específicos relacionados con protección de alimentos.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa:

1.1 Legislación alimentaria:

La responsabilidad del control de alimentos está dividida entre varios ministerios e instituciones y no se cuenta con un "Programa Nacional de Protección de Alimentos" y una "Ley Básica de Alimentos" que aseguren en forma legal la coordinación interinstitucional.

1.2 Las instituciones responsables de inspección y análisis de laboratorio carecen de recursos humanos, financieros y logísticos suficientes para llevar a cabo sus funciones adecuadamente.

1.3 Existe mucho desconocimiento y falta de conciencia sobre la importancia de la correcta manipulación de alimentos, tanto en la industria de alimentos como a nivel institucional y a nivel de consumidor.

1.4 No existe un programa formal de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, dificultando la identificación de áreas y alimentos de mayor riesgo.

1.5 El mercado de libre comercio entre Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, que probablemente se entrará en vigor el 1o de julio 1993, no contempla un sistema que asegure el control de la calidad de los alimentos.

1.6 Existe una mala utilización de los plaguicidas, que repercute en intoxicaciones y problemas con residuos en los alimentos.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa:

2.1 Mejorar la calidad de los alimentos y su control en todo el país.

2.2 Disminuir la incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos.

2.3 Descentralización.

2.4 Coordinación con otros sectores.

3. Ejes de la Cooperación Técnica:
  - 3.1 Legislación: Protección de alimentos y manejo seguro de plaguicidas.
  - 3.2 Comisión Interinstitucional de Protección de Alimentos.
  - 3.3 Apoyo institucional:  
Laboratorio Unificado de Control de Alimentos (LUCAM)/MSPAS.  
Laboratorio regional en el Quiché.  
  
Departamento de Registro y Control de Alimentos (DRCA/MSPAS).  
Dirección Técnica de Inspección Sanitaria y Control de Alimentos de Origen Animal/MAGA.
  - 3.4 Fortalecimiento del sistema de control de alimentos fortificados: Yodo en sal, Vitamina A en azúcar, vitaminas y minerales en harina.
  - 3.5 Promoción, capacitación y educación sobre higiene de alimentos: Priorizar actividades a nivel de áreas de salud.
  - 3.6 Vigilancia epidemiológica de las ETA: Introducción del sistema de vigilancia epidemiológica, Comisión de Plaguicidas de la DGSS, Comisión Interministerial de Manejo Seguro de Plaguicidas, Comisión de Vigilancia y Control de Toxinas Marinas.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas.

Contribución a la disminución de las enfermedades diarréicas, incluyendo el cólera: Según la OMS, se estima que el 70% de las enfermedades diarréicas son transmitidas por alimentos contaminados.

Fortalecimiento institucional a nivel de inspección y análisis.

Descentralización: Se da prioridad a las actividades a nivel de áreas de salud.

Coordinación interinstitucional e intersectorial: El programa tiene un fuerte componente de coordinación con otros sectores.

2. Progreso:

Problemas encontrados en la ejecución:

Cambios frecuentes de personal en las instituciones contrapartes.

A veces hay baja respuesta en las instituciones para responder a los planes de trabajo elaborados.

Avance hacia el logro de resultados más importantes:

Existencia de planes de acción integrados en todos los distritos de 8 áreas de salud.

Actividades interinstitucionales implementados en forma permanente para el control de lácteos, carnes y ventas callejeras.

Estructuración del Comité Nacional del Codex Alimentarius.

Fortalecimiento de la Comisión Interinstitucional de Protección de Alimentos.

Grado de Avance según la evaluación del PTC I/1993:

En general se ha avanzado según lo programado, pero en muchos casos las autoridades han solicitado posponer las fechas de ejecución de las actividades para finales de julio en adelante, debido a cambios de la mayoría de los alcaldes el 15 de julio. Para establecer programas conjuntos de trabajo es preferible trabajar con las nuevas autoridades.

Apoyo Regional

El programa no cuenta con apoyo de fondos regionales.

3. Recursos Financieros (APB y PTC):

3.1 Presupuestarios:  
US\$ 41.800

3.2 Extrapresupuestarios:  
- WHO: US\$ 67,000  
- BID: US\$ 24.117

3.3 Porcentaje de Ejecución Global 1993:

Al 15.6.1993:

Asignado: US\$ 132,917 (Pendiente de autorización para obligar: US\$ 42,000)

Obligado: US\$ 52,288

Gastado: US\$ 11,736

El bajo nivel de ejecución se debe a que para los fondos presupuestarios una gran parte de las actividades programadas se llevarán a cabo después del 15 de julio por solicitud de las áreas.

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante:

Apoyo requerido de la OPS para el sistema de control sanitario dentro del mercado de libre comercio en el Grupo CA-4.

Seguimiento de la legalización de la Comisión Interinstitucional de Protección de Alimentos.

2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995. Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación Técnica del Programa:

La implementación del control sanitario dentro del mercado de libre comercio del Grupo CA-4: Requiere un aumento muy grande en eficiencia y eficacia del sistema de control, en sus componentes de inspección, laboratorio e informática.

La introducción de protección de alimentos dentro del APB integrado para la implementación de SILOS en la Región VII.

3. Presupuesto 1994-1995:  
Asignado: US\$ 88,200  
Requerido: US\$ 150,000

Para el año 1993 los fondos asignados cubren aproximadamente el 50% de la cooperación solicitada por las autoridades nacionales.

**e. DIRECTORIO CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

- 1.1 Departamento de Registro y Control de Alimentos (DRCA)  
10 Ave., 14-00, Zona 1  
Jefe: Dr. Dannys Cifuentes

- 1.2 Laboratorio Unificado de Control de Alimentos y Medicamentos (LUCAM)  
INCAP. Calzada Roosevelt, Zona 11  
Jefe: Lic. Elsa de Reyes



- 2 Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación:
  - 2.1 Dirección Técnica de Inspección Sanitaria y Control de Alimentos de Origen Animal
  - 2.2 Dirección General de Servicios Pecuarios (DIGESEPE)  
Carretera al Pacífico, km 22  
Bárceñas, Villa Nueva  
Director técnico: Dr. Carlos Marroquín

Además se mantienen relaciones estrechas de trabajo con:

- 3. Ministerio de Economía:
  - 3.1 Comisión Guatemalteca de Normas (COGUANOR)  
8 Ave., 12-43, Zona 1
  - 3.2 Secretario General: Lic Lilian de Batres
- 4. Municipalidad de Guatemala:
  - 4.1 Departamento de Ventas Callejeras  
Dirección de Servicios Públicos  
Jefe: Sr. Vicente Rodríguez

***DISEMINACION DE INFORMACION  
TECNICA Y CIENTIFICA  
(COMUNICACION SOCIAL Y PRENSA)***

## **DISEMINACION DE INFORMACION TECNICA Y CIENTIFICA (COMUNICACION SOCIAL Y PRENSA)**

### **A. ANALISIS DE LA SITUACION**

Guatemala es un país multiétnico y plurilingüístico. Más del 60% de los 10 millones de guatemaltecos son analfabetos y el 80% vive en condiciones de pobreza. Ello explica la limitada penetración y la poca cobertura de los medios de comunicación social, especialmente en el interior de la república. Tenemos como ejemplo que la prensa escrita cubre únicamente al 1% de la población lectora. Afortunadamente, los medios de comunicación radiales y televisados sí llegan a un sector más amplio de población, tanto en el área urbana como rural; lo que hace falta es implementar un programa permanente de educación en salud involucrando a diversos sectores del país que pueden apoyar el financiamiento de producción audiovisual y escrita (iniciativa privada, ONG's, etc.) Además, la comunicación social se complementa con el uso de medios alternativos de bajo costo y relativa facilidad de producción y manejo, tales como: autoparlante, rotafolio y caracterizaciones teatrales, entre otros.

En el país existen 5 periódicos matutinos (cuatro de la iniciativa privada y el perteneciente al sector oficial) y uno vespertino; 4 revistas informativas de regular cobertura poco accesibles a la mayor parte de población urbana por su alto costo; 8 canales de televisión, de los cuales solamente en tres se transmiten telenoticieros, así como 160 radiodifusoras aproximadamente.

La mayoría de periodistas realizan un trabajo basado en el empirismo y en general, dentro del sector salud, existe todavía muy poca experiencia en la aplicación de la comunicación social, como un instrumento básico para avanzar en la lucha por una mejor salud de los habitantes.

### **FACTORES QUE AFECTAN EL PROCESO DE COMUNICACION SOCIAL**

Existen algunos factores que interfieren en el proceso de comunicación, entre ellos se identifican los siguientes:

- Físicos: Son todos los del ambiente: ruido, poca luz, mala ventilación, mala transmisión, exceso de calor, etc.
- Socio-Culturales: Son todos los que afectan la cultura e idiosincrasia de la audiencia: normas de los grupos, sistemas de comunicación, costumbres y valores de la comunidad, etc. Si no se respetan las formas de comunicación de la audiencia el mensaje es bloqueado, distorsionado o rechazado.

- Psicosociales: Son los que afectan al emisor: su habilidad para comunicarse, el uso adecuado del lenguaje, su actitud frente al receptor, su lenguaje corporal, sus conocimientos sobre el tema, etc. La habilidad de la comunicación es una característica perfeccionable.

## B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

En el "Plan de Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud Pública" para la presente década, destacan las siguientes prioridades en el campo de la comunicación : A) El desarrollo de procesos de formación y capacitación en el área de la comunicación social y la promoción de la salud; B) El establecimiento de un proceso de educación permanente con énfasis en el nivel local; C) La promoción de prácticas saludables. D) La difusión de programas educativos y E) Una mayor cobertura informativa.

## C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA

De acuerdo a los problemas identificados por el sector salud en este campo, el apoyo solicitado de la cooperación técnica es:

- A. Apoyar la línea estratégica de comunicación social en salud.
- B. Capacitar periodistas y comunicadores sociales en el campo de la salud.
- C. Colaborar en el diseño y edición de publicaciones educativas e institucionales.
- D. Apoyar las campañas de salud que persiguen mejorar las coberturas .

## D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

Además de la cooperación con la parte nacional en los aspectos arriba mencionados, es interés de la cooperación técnica de OPS desarrollar las siguientes estrategias de comunicación social:

- A. Introducir información relevante sobre salud en los medios de comunicación masiva, en los contenidos educativos básicos y en las discusiones comunitarias, para lograr que la población pueda tomar decisiones en lo concerniente a su salud individual, a la salud de su familia y a la de su comunidad.

- B. Garantizar la existencia creciente de un público informado y alcanzar las audiencias de trabajadores de salud y líderes sociales y políticos, a fin de promover su apoyo en el mejoramiento y la transformación de los sistemas locales de salud.
- C. Intensificar el uso de los medios masivos y de las innovaciones tecnológicas para diseminar información útil sobre salud al público en general y a grupos especializados, con lo que se estará elevando el nivel de conciencia sobre la importancia del sector salud en el desarrollo de las naciones y de sus pueblos.

## DESCRIPCION DEL PROYECTO

De manera general se resumen las siguientes actividades que en su conjunto forman el Proyecto General de Comunicación e Información:

- A. La diseminación de información técnica y científica a los sectores que tienen a su cargo educar y orientar grupos de población: Medios Masivos, Promotores de Salud, etc.
- B. El Diseño y edición de publicaciones técnicas y científicas, afiches promocionales, etc.
- C. La creación de estímulos para periodistas que tiendan a un mayor interés de parte de los medios de difusión en la temática salubrista (becas, premios de prensa, envío de publicaciones etc.)
- D. Actividades generales de apoyo al programa de Información y Asuntos Públicos.
- E. La celebración y difusión del Día Mundial de la Salud.
- F. La capacitación local de periodistas y comunicadores sociales
- G. La asistencia técnica en planificación y ejecución de campañas sociales de salud: cólera, sida. etc..

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. DISEMINACION DE INFORMACION TECNICA Y CIENTIFICA (COMUNICACION SOCIAL Y PRENSA)

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Diseminación de información técnica y científica (comunicación social y prensa).
2. División: Información y asuntos públicos DPI
3. Responsable: PERIODISTA IRINA RUIZ GALVEZ
4. Consultores, Colaboradores: Todos los programas
5. Apoyo Administrativo al Programa:
6. Coordinación
- 6.1 Interprogramática:

El programa de Información. Comunicación Social y Prensa es prácticamente nuevo en OPS; se creó en Guatemala en 1991, a raíz de la aparición de la epidemia de cólera. En la actualidad y a nivel interno, depende de la Representación y a nivel general, de la Oficina de Información y Asuntos Públicos de OPS/Washington. Las actividades de este tipo se coordinan, tal y como las circunstancias lo requieren en determinado momento, con los encargados de los diversos programas de la Representación. Por ejemplo, si va a desarrollarse una campaña masiva contra el cólera, se coordina con el programa de epidemiología y así por el estilo.

Por aparte, el programa trabaja muy estrechamente con los medios de comunicación social y con entidades de prensa, a efecto de mejorar el abordaje de la temática salubrista.

## 6.2 Interagencial:

Existe el Comité Interagencial e Interinstitucional de Comunicación Social y Promoción de la Salud que fue constituido, inicialmente, para trabajar en la campaña nacional contra el cólera. A raíz del eficiente trabajo desarrollado por este grupo, continuó conformado para apoyar las diferentes campañas de comunicación social en salud en el país. Las agencias representadas en este Comité son: OPS, UNICEF, AID, PNUD, MINISTERIO DE SALUD Y EDUCACION y el IGSS, entre otras.

## 6.3 Entre países

Apoyo a las campañas de salud que persiguen mejorar las coberturas en Centroamérica. Por ejemplo, la reciente campaña de promoción de la vacunación contra el sarampión, fue ejecutada simultáneamente en toda la sub-región, utilizando una misma orientación comunicacional.

Se trabaja en la capacitación de periodistas sub-regionales en el campo de la salud. Este año se conformó la Asociación Centroamericana de Comunicadores Sociales en Salud.

Se está tratando de implementar la red latinoamericana de información (para radio, prensa y TV).

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

**i. Problemas principales del país en relación al Programa:**

- 1.1 Los de carácter socio-cultural: La gran cantidad de multiétnias y el plurilinguismo (más de 23 idiomas mayas) que caracterizan al país.
- 1.2 El problema del analfabetismo, especialmente en el área rural: más del 60 % de los guatemaltecos son analfabetos.
- 1.3 Lo anterior explica la limitada penetración y la poca cobertura de los medios masivos de comunicación social, especialmente en el interior de la República.
- 1.4 La mayoría de periodistas son empíricos y en general, dentro del sector salud, existe todavía muy poca experiencia en la aplicación de la comunicación social, como un instrumento básico para avanzar en la lucha por una mejor salud de los habitantes.

**2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica**

- 2.1 El desarrollo de procesos de formación y capacitación en el área de la comunicación social y la promoción de la salud.
- 2.2 El establecimiento de un proceso de educación permanente con énfasis en el nivel local.
- 2.3 La promoción de prácticas saludables.
- 2.4 La difusión de programas educativos.
- 2.5 Una mayor cobertura informativa y un eficaz manejo de las relaciones públicas.
- 2.6 Diseño y edición de publicaciones.
- 2.7 Capacitación de periodistas y comunicadores sociales en el campo de la salud.
- 2.8 Apoyo a la línea estratégica de comunicación social en salud.



3. Ejes de la Cooperación Técnica
  - 3.1 Introducir información relevante sobre salud en los medios de comunicación masiva, en los contenidos educativos básicos y en las discusiones comunitarias, para lograr que la población pueda tomar decisiones en lo concerniente a su salud individual, a la salud de su familia y a la de su comunidad.
  - 3.2 Garantizar la existencia creciente de un público informado y alcanzar las audiencias de trabajadores de salud y líderes sociales y políticos, a fin de promover su apoyo en el mejoramiento y la transformación de los sistemas locales de salud.
  - 3.3 Intensificar el uso de los medios masivos y las innovaciones tecnológicas para diseminar información útil sobre salud al público y a grupos especializados, con lo que se estará elevando el nivel de conciencia sobre la importancia del sector salud en el desarrollo del país.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas.

Se ha logrado interesar a los medios de comunicación social en el tema de la salud: Los ejecutivos de los medios han comprendido que la salud "vende" y se ha identificado el grupo de periodistas, grupos y medios que desean abordar con más frecuencia y profundidad el tema de la salud.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

\* Falta de presupuesto y equipo básico

\* Falta de políticas y directrices de lo que debe ser el programa de comunicación social por parte de DPI/OPS; en cada Representación se cubre el programa con funciones propias y por tanto, aisladas.

\* Las autoridades nacionales se preocupan más por la imagen institucional que por la educación en salud y la difusión de información verídica y confiable.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes:

Se ha logrado introducir más información de salud en los medios masivos e involucrar a diversos sectores de la población para que apoyen las campañas masivas de salud que persiguen mejorar coberturas (iniciativa privada y ONG's, entre otras).

Se ha logrado mantener la capacitación permanente a periodistas locales y sub-regionales, con fines de especialización.

Se han creado estímulos para lograr que comunicadores sociales aborden con más periodicidad temas de salud, por ejemplo, "El Premio Anual de Prensa OPS".

2.3 Grado de Avance (Evaluación primer PTC, 1993)

Se ejecutó en un 70%.

## 2.4 Apoyo Regional

Está dado básicamente en el envío y producción de materiales impresos y audiovisuales.

## 3. Recursos Financieros (APB y PTC)

3.1 Presupuestarios: \$US 25.500

3.2 Extrapresupuestarios: \$US 10,000

### 3.3 Porcentaje de Ejecución

Asignado: \$ 25,500

Obligado: \$ 21,311.99

Gastado: \$ 13,235.73

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.  
La cooperación al programa de comunicación y prensa del Ministerio de Salud Pública y en general del sector salud.

El desarrollo de los proyectos permanentes de comunicación social de OPS:  
Premio de Prensa. Capacitación de Periodistas. Edición de Publicaciones,  
Conmemoraciones

Cobertura de actividades especiales, etc

El suplemento de Salud que próximamente saldrá a luz en el diario de mayor circulación del país, "Prensa Libre".

Producción de materiales educativos financiados por cada programa.

El desarrollo de un plan de Relaciones Públicas para establecer contactos con la prensa nacional (visitas a los medios masivos, reuniones con periodistas, ejecutivos y directores de medios, etc.).

2. Evolución Prevista del sector en el período 1994-1995. (Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación Técnica)

Se considera que con la llegada de las nuevas autoridades gubernamentales será mucho más factible utilizar la comunicación social como uno de los más importantes instrumentos de información, difusión y promoción de la salud, tal y como lo ha manifestado el propio Presidente de la República en sus discursos públicos y en las acciones inmediatas a desarrollar en el campo de la información social, la educación y la salud (nuevas políticas).

3. Presupuesto 1994-1995  
Asignado: \$ 25,500  
Requerido: \$ 50,000

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES)**

1. Lic. Mario Antonio Sandoval... Relaciones Públicas Gobierno
2. Licda. Ana María Rocha..... Relaciones Públicas, MINSALUD
3. Licda. Yolanda Hernández..... Coordinadora Campañas, "
4. Lic. Ismaél Avendaño..... Relaciones Públicas, IGSS
5. Lic. Jesús Alvarado Mendizabal. Director Escuela Comunicación Social, Universidad Nacional
6. Depto. de Extensión..... Radio Universidad/USAC

***RECURSOS HUMANOS EN SALUD***

# RECURSOS HUMANOS EN SALUD

## A. ANALISIS DE LA SITUACION

### DEMOGRAFIA

Guatemala estimó su población para 1992 en más de nueve millones de habitantes, con un crecimiento anual del 3.3 %. Hay predominio de la población rural, 67 %, con alto grado de dispersión. La población indígena constituye el 58 %, hablan 23 lenguas y numerosos dialectos, y registran un alto grado de monolingüismo. Para cubrir la con acciones de salud, el país informa contar (para el año 1989) con 50,011 personas, que incluyen a personal con formación en salud, al administrativo y al voluntario (sólo promotores de salud) del sector público, del privado y de la comunidad. En esta cifra no están registrados los profesionales de salud con ejercicio liberal. De la población económicamente activa (PEA) corresponde al sector público salud el 0.9 %, del cual sólo el 0.4 % tiene formación en salud.

### INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD (área de recursos humanos)

Se ha registrado un aumento discriminativo en la esperanza de vida al nacer que favorece al grupo étnico ladino, hablante de español (idioma oficial) y que detenta el poder político y económico del país en las áreas urbanas. La mayoría del personal formado en salud y el contratado por los servicios proviene de dicho grupo étnico.

El 60 % de las muertes registradas en 1990 corresponde a enfermedades infecciosas, afecciones perinatales y deficiencias nutricionales, que tienen como causa determinante el "subconsumo" asociado a la pobreza galopante que agobia al país, incluyendo parte del personal de salud.

Las causas de muerte por violencia y homicidios constituyen el 5 %. No se tiene cuantificada la morbilidad derivada del estado de angustia de poblaciones afectadas por un "conflicto armado" de más de treinta años de duración y una situación de pobreza creciente.

Persisten esquemas de concentración-distribución de personal y composición de equipos de salud inequitativos y prácticas de formación y capacitación alejados de los principales perfiles epidemiológicos. Como ejemplo, el caso de comunidades urbano-rurales alejadas y zonas de conflicto armado donde hay dificultad para llenar las plazas vacantes y retener personal de todo tipo, especialmente el profesional. En las comunidades mayas con altos porcentajes de monolingüismo, el personal institucional generalmente ladino, no habla la lengua local ni es capaz de interpretar y aprovechar

su cultura ancestral en materia de salud-enfermedad. Soluciones recientes incorporan la formación descentralizada de personal auxiliar (de enfermería) y técnico.

Debe sumarse la baja productividad del personal y la baja capacidad resolutoria de los servicios. Afecta también la carencia de planes de formación de personal técnico y auxiliar, la alta deserción de personal calificado por bajos salarios y pobres condiciones de trabajo.

## FACTORES QUE AFECTAN AL ESTADO DE LOS RECURSOS HUMANOS

La prioridad dada en el discurso a los recursos humanos en salud, no es coherente con la práctica. El desarrollo de los recursos humanos en salud es fin y medio para mejorar el nivel de salud y bienestar de la población guatemalteca, ahora y en cualquier momento del futuro. Pero, tanto salud, como componente de los sectores sociales, como la fuerza de trabajo de salud (FTS) -que consume un alto porcentaje de los presupuestos de salud- no han recibido históricamente una atención prioritaria: como sujetos creativos, pensantes, capaces de transformar los servicios de salud y liderar la participación de todos los sectores.

En el ámbito de la salud se han agudizado los problemas de accesibilidad a los servicios, ya que los mismos no están disponibles para el 45% de la población, especialmente la rural e indígena. Contribuyen a ese estado de situación tres grandes áreas que conservarán vigencia:

- a. El desarrollo de la práctica de salud y su enseñanza en general y de la salud pública en particular, se ha venido dando sin suficiente base científico-técnica y fuera de un marco referencial de la realidad del país, en forma tal que favorezca su transformación.
- b. La crisis que afecta la red de servicios de salud ha evidenciado la escasa integración y liderazgo del sector salud, tanto dentro del propio sector, como del entorno institucional y social. La red de servicios, debe superar los actuales modelos de atención de escasa eficacia y débil articulación sectorial. La escasa capacidad de conducción gerencial de los servicios de salud, se señala como uno de los factores restrictivos más importantes.
- c. La escasa valoración que se otorga al capital humano, su visión como recurso técnico desposeído de su categoría de persona. El insuficiente liderazgo y baja cuota de poder de las unidades respectivas no ha provisto direccionalidad e integralidad para el desarrollo y utilización de la FTS, desde los niveles operativos, hasta los gerenciales, técnicos-científicos y políticos.



Desde 1991, agobia al país la epidemia del cólera, habiendo encontrado un sector salud con escaso liderazgo político y técnico intra e intersectorialmente, con una infraestructura sanitaria y de servicios ineficiente y deteriorada y un MSPAS afectado por el deterioro de su red de servicios, particularmente la hospitalaria. Sin embargo, esta misma situación coyuntural ha proporcionado el espacio para que el MSPAS construya un liderazgo con base en la coordinación y concertación de iniciativas y recursos en operativos y acciones eficientes y eficaces con el intra y extra sectores.

En resumen, el contexto socio-económico, político y de salud del país es preocupante. Sin embargo, resurge el diálogo interno que pueda desembocar en la paz. Se estudian y proponen satisfactores sociales que contrarresten las "medidas de ajuste". Se busca también que el problema de la violación de los derechos humanos, rebase la óptica de la violencia física o armada y la releve a la prioridad y valoración que deben tener personas y pueblos. En tal sentido, las medidas de ajuste que condenan a la pobreza, al desempleo y a la ignorancia a millones de guatemaltecos, puede pasar a ser la más flagrante violación a los derechos humanos, que se ha dado en la historia reciente, si los compensadores sociales, como salud y desarrollo humano, no logran fortalecerse.

Es esperanzador que el Consejo Nacional de Salud, de amplia representación social, plantee que la atención que se de al capital humano es primordial para la eficiencia del Sector Social:

## B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

Entre las políticas definidas por el MSPAS para 1992-1995 se encuentra la que considera el "Fortalecimiento al Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos", vinculada a su principal política de "Extensión de cobertura de los servicios de salud a los grupos vulnerables y de mayor pobreza"

Las prioridades nacionales buscan la transformación de tres grandes áreas problemáticas:

1. Inadecuada capacidad resolutoria de los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad del sistema.
2. Escasa orientación integral en las acciones que se desarrollan en el área de recursos humanos.
3. Inadecuación de los procesos de formación a las necesidades de salud.

## C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA

- \* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

La formación de personal técnico superior y medio y auxiliar (enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, laboratoristas, técnicos de RX, técnicos de mantenimiento y otro) para cubrir déficits actuales y los nuevos requerimientos de la red de servicios del país.

La formación avanzada en administración pública en gestión de salud (maestría) de gerentes de los diferentes niveles gerenciales del sector, con énfasis en el MSPAS.

La cualificación de todo el personal de la red de servicios.

La administración de la FT.

- \* La Universidad de San Carlos.

Establecimiento de un proceso de planificación estratégica como respuesta a su compromiso social en la formación de los recursos humanos, el servicio y la investigación.

Apoyo a procesos de transformación de las unidades académicas vinculadas con salud.

- \* El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Organización y desarrollo de su unidad de recursos humanos.

Establecimiento de un proceso de planificación y administración de la FT.

## D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

La Representación ha definido una estrategia interprogramática e integral para cooperar participativamente con las autoridades nacionales referidas para hacer transformaciones en la formación y utilización de personal de salud. Se promoverá la planificación, coordinación, supervisión y negociación del desarrollo descentralizado de los recursos humanos. Así también, la administración de personal con base en la investigación y el subsistema de información sobre FTS.

Dicha estrategia considera:

1. Privilegiar la utilización del pensamiento y planificación estratégicos en el análisis y planes de desarrollo de recursos humanos.

2. Desarrollar las capacidades de equipos y grupos de trabajo, inter y transdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales, a efectos de su movilización multiplicadora y accionar autosostenido para buscar respuestas creativas a las necesidades locales de salud.

Los recursos humanos en salud son el factor estructural que da sentido a las formas de práctica y organización en salud", por lo que debe dársele la mayor importancia a fin de lograr un enfoque integral y una práctica distinta en su planificación, formación, capacitación y administración para un mayor impacto en la transformación de los servicios y de las condiciones de salud de la población.

E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

1. RECURSOS HUMANOS EN SALUD

a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Recursos humanos en salud  
GUT/HME - PASCAP.
2. División.
3. Responsable: Dr. Vidal Herrera.
4. Consultores colaboradores:
5. Apoyo administrativo al Programa: Sra. Olga de Estrada. secretaria.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
Con todos los programas de la Representación.
  - 6.2 Interagencial:  
Con la Agencia Internacional para el Desarrollo de Dinamarca, DANIDA.
  - 6.3 Entre países:  
Con los países centroamericanos y la República Dominicana a través de PASCAP (Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá), con sede en Costa Rica.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Principales problemas del país en relación al Programa:

1.1 El desarrollo de la práctica de salud y su enseñanza en general y de la salud pública en particular, se ha dado venido sin suficiente base científica y técnica, y fuera de un marco referencial de la realidad del país, en forma tal que favorezca su transformación. Ese abordaje debe superarse a fin de recuperar el derecho y el deber del ciudadano a la salud y el compromiso de toda la sociedad con ella.

1.2 La crisis que afecta la red de servicios de salud ha evidenciado la escasa integración y liderazgo del sector salud, tanto dentro del propio sector, como del entorno institucional y social. La red de servicios, debe superar los actuales modelos de atención de escasa eficacia y débil articulación sectorial. Los efectos ya sentidos del "ajuste" exigen extender la cobertura e identificar espacios y desarrollar intervenciones que los conviertan en generadores de compensadores sociales. La escasa capacidad de conducción gerencial de los servicios de salud, se señala como uno de los factores restrictivos más importantes.

1.3 La escasa valoración que se otorga al capital humano, su visión como recurso técnico desposeído de su categoría de persona. El insuficiente liderazgo y baja cuota de poder de las unidades respectivas no ha provisto direccionalidad e integralidad para el desarrollo y utilización de la FTS, desde los niveles operativos, hasta los gerenciales, técnico-científicos y políticos. Contribuye la dispersión conceptual y metodológica del enfoque sectorial de desarrollo de los RHS: así también que los escasos espacios de reflexión, sobre el campo han carecido tanto de científicidad y profundidad en el análisis como bases consensuales.

2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del Programa:

2.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

La formación de personal técnico superior y medio, y auxiliar (enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, laboratoristas, técnicos de RX, técnicos de mantenimiento y otro ) para cubrir el déficit actual y los nuevos requerimientos de la red de servicios del país.

La formación avanzada en administración pública en gestión de salud (maestría) de gerentes de los diferentes niveles gerenciales del sector, con énfasis en el MSPAS.

La cualificación de todo el personal de la red de servicios.

La administración de la FT.

## 2.2 La Universidad de San Carlos de Guatemala:

Establecimiento de un proceso de planificación estratégica como respuesta a su compromiso social en la formación de los recursos humanos, el servicio y la investigación.

Apoyo a procesos de transformación de las unidades académicas vinculadas con salud.

## 2.3 El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social:

Organización y desarrollo de su unidad de recursos humanos.

Establecimiento de un proceso de planificación y administración de la FT.

## 3. Ejes de la cooperación técnica:

Estrategia global de cooperación técnica:

La Representación ha definido una estrategia interprogramática e integral para cooperar participativamente con las autoridades nacionales referidas para hacer transformaciones en la formación y utilización de personal de salud. Se promoverá la planificación, coordinación, supervisión y negociación del desarrollo descentralizado de los recursos humanos. Así también, la administración de personal con base en la investigación y el subsistema de información sobre FTS.

Dicha estrategia considera:

1. Privilegiar la utilización del pensamiento y planificación estratégicos en el análisis y planes de desarrollo de recursos humanos.
2. Desarrollar las capacidades de equipos y grupos de trabajo, inter y transdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales, a efectos de su

movilización multiplicadora y accionar autosostenido para buscar respuestas creativas a las necesidades locales de salud.

Componentes del Programa:

- 01 Fortalecimiento del área de recursos humanos.
- 02 Desarrollo de la enseñanza de la salud pública.
- 03 Planificación de la fuerza de trabajo en salud.
- 04 Administración de personal de salud.
- 05 Educación permanente de la fuerza de trabajo en servicios de salud.
- 06 Formación del personal de salud.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Hay bastante relación de la cooperación con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, aunque no se ha podido avanzar en todos los componentes. Además, dentro de los distintos programas de la Representación, no se ha podido influenciar en las actividades de capacitación que se realizan, sobre todo en el fortalecimiento de la educación permanente.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

La ausencia de una contraparte nacional sólida y con claridad en sus acciones a desarrollar, es uno de los principales problemas. Esto es más evidente en la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, en donde se han efectuado cambios en su dirección y aún no se toma en cuenta por las autoridades centrales en las decisiones relacionadas con esta rama técnica.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes:

Se está creando conciencia en las diferentes instituciones intra y extrasectoriales de la importancia del desarrollo de los recursos humanos de salud.

Se está propiciando los procesos de transformación de las instituciones, principalmente dentro de la Universidad de San Carlos, dentro del análisis prospectivo y la planificación estratégica.

Se está creando la conciencia del uso de nuevas metodologías de enseñanza aprendizaje, como son el estudio-trabajo, problematización y la investigación participativa.

Se ha identificado la necesidad de contar con información adecuada de los recursos humanos en salud para poder planificar y conducir los procesos de desarrollo integral.



### 2.3 Grado de avance (evaluación primer PTC, 1993).

#### Componente 1.

Fortalecimiento del área de recursos humanos para la salud.

La Comisión Nacional de Recursos Humanos, continua su proceso de desarrollo realizando actividades para la construcción de su marco teórico-conceptual que le permita definir su plan de trabajo. Se realizó el Seminario-Taller sobre las tendencias de desarrollo de recursos humanos, a la cual asistieron un buen número de autoridades y técnicos del área.

#### Componente 2.

Desarrollo de la enseñanza de la salud pública.

Se consolidó e inició el postgrado en gestión de salud, en donde participan 32 gerentes-estudiantes de las Regiones II, VI y VII del país.

#### Componente 3.

Planificación de la fuerza de trabajo en salud.

El proceso de construcción de un sistema de información de recursos humanos en salud, ha experimentado avances. Se han tenido discusiones técnicas con las autoridades centrales del Ministerio y el grupo responsable. Se está haciendo un análisis crítico de la experiencia de Amatitlán y se espera en el transcurso de este primer semestre 1993, tener definidas las categorías, variables e indicadores.

#### Componente 4.

Administración de personal de salud. Ver Componente 3.

#### Componente 5.

Educación permanente en salud.

Se está colaborando con el Programa de Epidemiología y el Ministerio de Salud en la planificación y cualificación de facilitadores de un proceso de educación permanente en epidemiología a nivel nacional, pero que empezará en el Área de Salud de Huehuetenango.

Con apoyo de la Comisión Nacional de Investigación Educativa, se está fortaleciendo los procesos de educación permanente en el hospital de Mazatenango y Área de Salud de Sololá.

Con el equipo de la Dirección General de Hospitales, se está diseñando un proyecto de capacitación de facilitadores de educación permanente en calidad total.

### Componente 6.

#### Formación de personal de salud.

Se revisó recientemente el avance de la cooperación técnica de OPS/OMS a la Universidad de San Carlos, se determinó que el hilo conductor es la transformación de las unidades académicas dentro del análisis prospectivo y la planificación estratégica. La readecuación curricular es un producto derivado de lo anterior. La Facultad de Ciencias Médicas, Veterinaria y Zootecnia, Odontología y Ciencias Químicas y Farmacia, vienen trabajando en este sentido, así como Planificación de la Rectoría.

#### 2.4 Apoyo regional.

El programa por pertenecer administrativa y financieramente a PASCAP/OPS/OMS, con sede en Costa Rica, moviliza además recursos de la subregión centroamericana, Panamá y República Dominicana. Al momento se está complementando una red de información sobre recursos humanos, cuyos puntos focales inicialmente son las Representaciones de OPS/OMS en cada uno de los países.

### 3. Recursos financieros (APB y PTC):

#### 3.1 Presupuestarios 1993 (US\$).

Fondos GUT/HME/010	550	14,000
	999	46,000
		-----
Total		60,000
		=====

#### 3.2 Extrapresupuestarios. (US\$).

Fondos DANIDA/PASCAP		
De mayo, 1993 - abril 1994	61,900.00	*
De mayo, 1993 - dic. 1993	49,000.00	**
De enero, 1993 - abril, 1993	43,000.00	***
-----		

3.3 Porcentaje de ejecución (global 1993), al 17/6/93.

3.3.1 Presupuestarios.

Asignado	60.000.00	100%
Obligado	12.048.55	20%
Gastado	9.476.04	16%
Saldo	47.951.45	80%

-----

3.3.2 Extrapresupuestarios.

Asignado

Obligado

Gastado

Saldo

No se pueden hacer el Cálculo con exactitud por lo expuesto en 3.2

-----

(\*) Nuevo proyecto DANIDA/PASCAP, 1993-1996.

(\*\*) Postgrado de Gestión en Salud.

(\*\*\*) Mucho de esto no se ejecutó y se incluyó para el apoyo del postgrado.

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.

Establecimiento de una mejor coordinación interprogramática (horizontalización de la cooperación técnica), en general y específicamente la relacionada con el desarrollo de recursos humanos en salud.

Revisión de las características cuali- y cuantitativas de la cooperación técnica de la Representación en relación con el desarrollo de los recursos humanos en salud y especialmente lo relativo a cursos y seminarios.

2. Evolución prevista del Sector en el período 1994-1995.

El desarrollo del proyecto sectorial del BID-BM, dentro del contexto de las políticas de ajuste estructural, cuyos componentes son: a) financiamiento, b) modernización-reestructuración del Ministerio de Salud y Seguro Social, c) recursos humanos y, d) modelo de atención; influirán en la cooperación técnica del Programa. El componente de recursos humanos, especialmente lo relacionado a políticas de incentivos y retiro temprano, puede crear alteraciones del mercado de trabajo y presentar crisis en algunas categorías de personal de salud.

Nota: Otro aspecto importante relacionado con el Programa de recursos humanos, es la negociación lograda con DANIDA para financiar el proyecto "Desarrollo Educativo de Salud en Centroamérica, 1993-1996", lo cual asegura el apoyo al desarrollo de las acciones en este período de tiempo.

3. Presupuesto 1994-1995.

Asignado                      US\$ 122.000.00

GUT/HME/010

Requerido

Fondos extrapresupuestarios.

El Proyecto "Desarrollo Educativo de Salud en Centroamérica, 1993-1996", aprobado por DANIDA y administrado por PASCAP, canaliza US\$ 3.581,500.00. El monto que Guatemala recibirá no se puede determinar en este momento, pero se estima que será similar al asignado en 1993.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. División de Recursos Humanos.
3. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
4. Departamento de Recursos Humanos.
5. Sección de Docencia e Investigación.
6. Universidad de San Carlos de Guatemala
7. Rectoría
8. Dirección de Planificación y
9. Dirección de Asuntos Internacionales.
10. Decanaturas
11. Ciencias Médicas
12. Odontología
13. Farmacia y Ciencias Químicas
14. Veterinaria y Zootecnia
15. Economía
16. Humanidades
17. Ingeniería
18. Agronomía
19. Ciencias de la comunicación

## 2. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Programa de postgrado de Gestión en Salud.
2. División.
3. Responsable: Dr. Vidal Herrera.
4. Consultores colaboradores: Dr. Eduardo Guerrero  
Lic. José María Marín  
Dr. Luis Octavio Angel
5. Apoyo administrativo al Programa: Dra. Cizel Zea de Pérez, Coordinadora del Programa.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
Desarrollo de los Servicios de Salud (DHS)  
Desarrollo de la Capacidad Gerencial
  - 6.2 Interagencial:  
Ministerio de Salud Pública.  
Instituto Nacional de Administración Pública.
  - 6.3 Entre países:

b. **CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

Antecedentes:

A finales de 1989, se inició la elaboración del Proyecto del Postgrado de Gestión en Salud, conjuntamente con la asociación de Directores de Hospitales del Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional de Administración Pública y el Proyecto del Instituto Nacional de Salud de Guatemala, el cual fue presentado por primera vez a las autoridades del Ministerio de Salud en noviembre de 1990, a partir de esa fecha, se suscribió la Carta de Compromiso entre el MSPAS, INAP y la OPS. Actualmente, dichas instituciones han reiterado su compromiso político, técnico, financiero y administrativo, necesario para impulsar y ejecutar tan importante proyecto, el cual desarrollará durante cinco años una maestría multidisciplinaria en el campo de la salud. Se estableció para ello, un pénsum que contempla una duración de 18 meses.

Propósito.

El Postgrado debe facilitar la formación de gerentes capaces de enfrentar la problemática de hoy y del futuro de salud del país, en su contexto de trabajo. Esto significa contribuir a renovar el sector a través de la formación de gerentes con visión científica-técnica-política de su quehacer, como una actividad estratégica transdisciplinaria.

Particularmente supone desarrollar potencialidades de liderazgo de los gerentes en salud, insertos en su contexto socioeconómico, político y administrativo y plenamente conscientes de él, capaces de conducir el sector hacia el uso racional de los recursos, considerando la viabilidad, eficiencia, eficacia y equidad necesaria para la producción social de la salud en función de los requerimientos del desarrollo de la sociedad guatemalteca.

Justificación.

El sector salud requiere de direccionalidad, coherencia y modernidad para responder a las exigencias de la actual problemática de salud en el desarrollo. Actualmente, la oferta, la inversión y la extensión de cobertura se planifican aisladamente, ya que el sector se encuentra fragmentado en varias instituciones que no encuentran planos de articulación a nivel local ni nacional. La contribución de cada una de ellas no se traduce en un incremento de la eficiencia, eficacia y equidad del sector.

El sector salud, por consiguiente, sufre las mismas dificultades que caracterizan a todos los servicios públicos, tales como una escasa estructuración política, orgánica y funcional, y una baja formulación e integración jurídica. Es un sector altamente centralizado y concentrado, poco desarrollado administrativamente, con un proceso

de deterioro institucional y un manejo de procedimientos administrativos lentos. No posee una capacidad gerencial desarrollada, lo cual incide en que solo se atiendan contingencias y no se enfrenten los problemas en forma planificada y anticipada. Se nota, en particular, la carencia de procesos de supervisión y evaluación, y de control gerencial, debidamente estructurados, que faciliten el logro de los objetivos de salud.

Las debilidades internas del sector impiden que el sistema de servicios se abra a la participación social que asegure su inserción, junto con otros sectores, en el desarrollo integral. Por ello, es impostergable fortalecer el desarrollo institucional (descentralizado y participativo) con la formación multidisciplinaria, inter y extrasectorial de gerentes en salud de todos los niveles de dirección, entre otras estrategias, que aseguren la inducción al cambio.

Objetivo general.

Contribuir al desarrollo institucional del sector salud mediante el fortalecimiento de la capacidad gerencial del recurso humano de las instituciones involucradas con el desarrollo de la salud del país, para el ejercicio de su conducción con eficiencia, eficacia y equidad.

Resultados esperados.

1. Un grupo de gerentes con conocimientos teórico-metodológicos en el campo de la gestión de la salud, con habilidades y actitudes que conduzcan a la aplicación del pensamiento estratégico para la transformación de los servicios de salud.
2. Una estructura curricular consolidada, que promueva la transformación de la gestión en salud; que sea flexible, dinámica y transdisciplinaria, alimentada con las experiencias del estudio-trabajo y con las evaluaciones sistemáticas; manteniéndose íntimamente vinculada al quehacer institucional de los participantes.
3. La participación de los sectores involucrados en el proceso de transformación del sector salud, a través de un enfoque interdisciplinario.
4. El establecimiento de procesos conducentes al óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles, para la producción de la salud.

Ejes de la cooperación técnica:

Asistencia técnica para la cualificación docente y estructuración curricular.  
Contratación de personal docente y compra de equipo



c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

La cooperación que se ha brindado y se brindará a este programa de postgrado en el futuro, está en relación a las orientaciones estratégicas y prioridades del Programa de Recursos Humanos de la Representación.

En primer lugar, porque el curriculum es estratégico, cuyos ejes son los problemas básicos de los servicios de salud. a continuación por la metodología de estudio-trabajo y problematizadora con el apoyo de la investigación participativa, que puede asegurar una transformación de la conducción de los servicios.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución.

El más importante fue el no existir una institución en el país con la suficiente solvencia para administrar el programa. El otro, no menos importante, es la metodología no tradicional que se utiliza, lo cual tiene que enfrentar una cualificación de los docentes y de los mismos con identificación estudiantes-docentes. La asignación y transferencia de fondos del Ministerio de Salud al INAP es otra dificultad que ha tenido que enfrentarse.

2.2 Avance hacia el logro de resultados mas importantes.

El 1 de junio de 1993 se inauguró el Programa con el curso de inducción a docentes, tutores y estudiantes-gerentes. Se ha logrado una aclaración e identificación con la metodología. Hay un compromiso del Ministerio de Salud para asignar recursos financieros para 1994.

2.3 Grado de avance.

Hasta el momento el avance es satisfactorio, porque se inició el programa, superando dificultades logísticas, de conformación y consolidación del grupo administrativo- conductivo del programa y de inestabilidad política del contexto.

2.4 Apoyo regional.

PASCAP está apoyando directamente al Programa, se pueden movilizar recursos técnicos disponibles del área centroamericana y de República Dominicana, según sea necesario y dentro de la cooperación técnica entre países (CTP).

3. Recursos financieros.

3.1 Presupuestarios.  
1992-1993

US \$ 10,650.00

1994

US \$ 25,000.00

3.2 Extrapresupuestarios (PASCAP/DANIDA).

3.2.1 PASCAP/DANIDA

Asignado US \$ 74,750.00

Obligado US \$ 74,750.00

Gastado US \$ 25,750.00

3.2.2 Proyecto Subregional de Consolidación e incremento de la Capacidad Gerencial

1993 US \$ 9,000.00

3.2.3 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

1993 US \$ 91,000.00 (Q. 500,000.00)

1994 US \$ 145,000.00 (Q. 800,000.00)

3.3 Porcentaje de ejecución (global 1993).

Asignado

Obligado

Gastado

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.  
(Apoyarán la información general de la Representación).

Monitoreo y seguimiento al programa como miembro del Consejo Político, los otros miembros son el Ministro de Salud y el Gerente del INAP.

Negociar la dotación de vehículos al programa.

2. Evaluación prevista del sector en el período 1994-1995.  
(Aspectos importantes que pueden influir en la cooperación técnica del programa).

Si el programa se consolida en este segundo semestre, 1993, debido a la necesidad de mejorar la conducción de los servicios a nivel nacional, puede ser que soliciten iniciar otra promoción en 1994, lo cual necesitaría de ampliar la cooperación.

3. Presupuesto.

Asignado para 1994. La Representación piensa asignar US\$ 25,000 al programa en concepto de 5 becas -estudiante.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Instituto Nacional de Administración Pública.

### 3. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Formación de recursos humanos /cooperación técnica con USAC.
2. División.
3. Responsable: Dr. Vidal Herrera.
4. Consultores colaboradores:
  - Dr. Miguel Machuca
  - Dra. Lily de Dubois
  - Dr. Mario Lacayo
  - Licda. Juanita de Rodríguez
  - Ing. Mauricio Pardón
  - Dra. Elva López Nieto
  - Licda. Irina Ruíz
  - Licda. Mara de Galindo
  - Dr. Daniel Purcallas
  - Licda. Alexandra Praun
5. Apoyo administrativo al Programa:
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:
    - 6.1.1 Epidemiología
    - 6.1.2 Materno Infantil
    - 6.1.3 Salud Ambiental
    - 6.1.4 Mujer, Salud y Desarrollo
    - 6.1.5 Medicamentos Esenciales
    - 6.1.6 Salud Pública Veterinaria y Zoonosis
    - 6.1.7 Comunicación y Educación en Salud
    - 6.1.8 Alimentación y Nutrición (GTB/INCAP/OPS).
  - 6.2 Interagencial:
  - 6.3 Entre países:

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Principales problemas del país en relación al Programa:

Necesidad de transformación de las instituciones para que respondan a las necesidades de salud y al proceso de desarrollo del país.

2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del Programa:

Asistencia técnica en planificación estratégica y análisis prospectivo, para la transformación de la Universidad y las unidades académicas.

Desarrollo e implementación de sistemas de información, programación y presupuestación.

3. Ejes de la cooperación técnica:

Desarrollo del pensamiento estratégico y la investigación.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relaciones con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

Hay buena relación en la forma que se desarrolla la cooperación y las orientaciones estratégicas y programáticas.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

La demanda de cooperación es bastante y la capacidad de respuesta no es suficiente, debido a los recursos disponibles y a la naturaleza de la demanda.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes:

El papel de coordinación interna y externa que está jugando la Dirección de Planificación conjuntamente con Asuntos Internacionales de la Rectoría de la USAC, está facilitando la ejecución de la cooperación. La cualificación en planificación estratégica, está permitiendo iniciar y favorecer el desarrollo de procesos de transformación de las unidades académicas y no simplemente de adecuaciones curriculares. La solicitud expresa de la Facultad de Humanidades para desarrollar la educación en salud en sus programas es un avance concreto.

2.3 Grado de avance (evaluación del primer PTC, 1993).

Se han realizado un buen porcentaje de las acciones planificadas, excepto en la Facultad de Ciencias Médicas, en donde se revisarán y priorizarán para ejecutarlas.

2.4 Apoyo regional.

A través del Programa de Recursos Humanos de PASCAP, especialmente en el rubro de planificación estratégica y la prospectiva.

- 3. Recursos financieros (APB Y PTC):
  - 3.1 Presupuestarios:
  - 3.2 Extrapresupuestarios:
  - 3.3 Porcentaje de ejecución (global 1993):
    - Asignado
    - Obligado
    - Gastado

d. **PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante.  
(apoyarán la información general de la Representación).

El 3 junio de 1993, se celebró una reunión para revisar el avance de la cooperación técnica OPS/OMS-USAC. La Representación asumió el compromiso de dar una respuesta en el mes de julio a los planteamientos de la USAC. Se habló que lo conveniente fuera realizar una reunión con el nuevo Representante.

2. Evolución prevista del Sector en el período 1994-1995. (aspectos importantes que pueden influir en la cooperación técnica del Programa).

En la USAC vienen períodos electorales y especialmente el de Rector. No se considera que se modifiquen los términos de la cooperación.

3. Presupuesto 1994-1995.  
Asignado  
Requerido

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES)**

1. Rectoría de la USAC:
  - 1.1 Dirección de Planificación.
  - 1.2 Dirección de Asuntos Internacionales.
2. Decanaturas de unidades académicas:
  - 2.1 Ciencias Médicas
  - 2.2 Medicina Veterinaria y Zoonosis
  - 2.3 Ciencias Químicas y Farmacia
  - 2.4 Ingeniería
  - 2.5 Odontología
  - 2.6 Director de la Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria (ERIS)
  - 2.7 Agronomía
  - 2.8 Humanidades
  - 2.9 Ciencias de la comunicación
  - 2.10 Economía
3. Director del Centro de Investigaciones.



***ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y  
SUS TENDENCIAS***

# ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS (EPIDEMIOLOGIA)

## A. ANALISIS DE LA SITUACION

### DEMOGRAFIA

Guatemala es un país Centroamericano de 108,900 Kms. cuadrados y una población de 9,744,627 habitantes (84 hab. por Km. cuadrado), con una tasa de crecimiento anual de 3.3%

La mayor parte de la población vive en áreas rurales, en general, con un alto grado de dispersión. En la última década se ha observado una tendencia a incrementarse en la Región Metropolitana (actualmente se estiman 985 habitantes por Km. cuadrado para esa región). De la población total un 51% son hombres y 49% mujeres. Los menores de 15 años constituyen el 64% de los habitantes y oficialmente se estima que un 58% de la población total es indígena. Además del español se hablan 10 lenguas y aproximadamente 200 dialectos.

Unicamente la tercera parte de la población se considera económicamente activa, siendo la tasa de dependencia del 96%. Los niveles de pobreza y extrema pobreza se han duplicado en la última década con marcadas diferencias en las diferentes regiones del país. Persisten factores de discriminación de la Mujer y de los grupos indígenas en la distribución de bienes y servicios.

### ALGUNOS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

La esperanza de vida al nacer fue de 59.1 años para los hombres y de 63.8 años para las mujeres en 1989 y aumentaron a 60.2 y 65.9 respectivamente para 1991.

En 1990 la tasa de mortalidad general fue de 7.67 por mil habitantes, siendo la región Suroccidental la que presentó la tasa más elevada (9.05 por mil). Las defunciones en el grupo de menores de 5 años representaron el 41% de todas las muertes.

Las principales causas de defunción en 1990 fueron:

- Enfermedad infecciosa intestinal
- Neumonía
- Sarampión
- Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos

- Sarampión
- Ciertas afecciones del período perinatal
- Deficiencias de la nutrición
- Otras formas de enfermedad del corazón

Las tasas más altas de mortalidad se registraron para los grupos de edad de menores de 5 años y de 65 y más años.

Para ese mismo año las principales causas de consulta en los servicios de Salud fueron:

- Infecciones respiratorias agudas
- Desnutrición
- Síndrome diarréico agudo
- Sarampión

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen problema importante en los centros urbanizados. Las enfermedades del corazón y la enfermedad cerebrovascular se encuentran ubicadas entre las primeras causas de defunción en esos lugares.

La tuberculosis, la malaria, el dengue, la oncocercosis y el SIDA se destacan como las principales enfermedades infecciosas de resurgimiento creciente en los últimos años.

## FACTORES QUE AFECTAN EL ESTADO DE SALUD

Solamente un 42% de las viviendas poseen agua y el 46% letrinas, coexistiendo con un alto déficit habitacional general.

El 55% de la población es analfabeta y el acceso a la educación es limitado.

En el período 1950-1980 se alcanzaron tasas de crecimiento del PBI considerablemente altas (5% promedio anual) muy superiores al crecimiento histórico de la población. Sin embargo, estas tasas de crecimiento no se tradujeron en un instrumento de equiparación social, sino por el contrario, dieron lugar a un proceso de concentración del ingreso que agudizó aún más las desigualdades sociales y

precipitó, en parte, el surgimiento de un conflicto social que tiene más de 30 años de vigencia en el país.

Cabe señalar que la política pública no ha sido lo suficientemente explícita en su formulación respecto a la heterogeneidad social que caracteriza a la sociedad guatemalteca, descartándose de esa manera las especificidades sociodemográficas propias del país.

El financiamiento de la salud a través de los recursos ordinarios alcanzó los más bajos niveles entre 1986-1989. Aún así, más del 60 de los fondos provinieron de dicha fuente. Los recursos extraordinarios llegaron a constituir un poco más del 40%, y los préstamos significaron en varios años más del 15% del total de los fondos.

La cobertura de los servicios de salud es baja pues el sector gubernamental (incluye MSP e IGSS) alcanza aproximadamente un 45% de la población y el sector privado a un 10%. La solución de los problemas de salud a través de la medicina tradicional continua siendo una alternativa de un sector importante de la población. Además prevalece la baja utilización de los servicios hospitalarios.

## B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

El Consejo Nacional de Salud elaboró en el inicio de 1992 la "Política Nacional del Sector Salud", en ella señala como acciones específicas del sector :fortalecer la estrategia de desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), organizar el sistema de salud por niveles de atención y mejorar la capacidad de respuesta de los mismos.

Establecer además una política de extensión de cobertura y enfatizar en acciones sobre agua y medio ambiente. financiamiento del sector, seguridad alimentaria, desarrollo de los recursos humanos y fortalecimiento de la seguridad social.

El proceso de descentralización del sector salud, a pesar de haber obtenido logros en lo relacionado a los aspectos legales, no avanza en los aspectos operativos.

El grupo Materno-Infantil continúa siendo el grupo de mayor preocupación para la inclusión en planes de servicio.

La epidemia del Cólera determinó una revisión de las prioridades del sector, ubicando las acciones de saneamiento del medio, aprovisionamiento de agua a las comunidades y la educación- promoción de la salud como acciones prioritarias. Otro aporte de esta epidemia fue la identificación de necesidades de fortalecer el uso de procedimientos y técnicas epidemiológicas por los proveedores de servicios de salud,

propiciando la elaboración de un proyecto de "Desarrollo de la Epidemiología" por el grupo técnico de Ministerio de Salud, para los años 1993-1995.

En este proyecto se contempla un desarrollo de los recursos humanos por niveles (en el campo de la Epidemiología), apoyo al proceso de descentralización y aplicación del enfoque de riesgo para priorizar acciones.

Las serias deficiencias en el sistema de información se intentan mejorar con el apoyo de AID-USA.

Existe también una iniciativa para el Istmo Centroamericano (que Guatemala apoya), tendiente a un desarrollo sostenido de la Epidemiología a través del fomento de la cooperación técnica entre los países y la aplicación de un enfoque multidisciplinario-participativo de los métodos y técnicas epidemiológicas.

### C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA

- Apoyo para el análisis de salud e identificación de poblaciones y/o áreas prioritarias de atención (capacidad para análisis epidemiológico).
- Desarrollo de los recursos humanos por niveles de atención.
- Apoyo al proceso de descentralización.
- Incremento de cobertura.
- Fortalecer el enfoque y acciones multidisciplinarias y multiprogramáticas.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica.
- Desarrollo institucional y de servicios, basado en los principios de eficiencia, eficacia y equidad.

### D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

#### PRIORIDADES NACIONALES PARA LA COOPERACION TECNICA

- Apoyo al mejoramiento de la gestión
- Fortalecimiento de los SILOS y APS
- Racionalización administrativa

- Apoyo a proyectos de inversión social
- Formación de recursos humanos
- Conducción del sector social

## PROYECTO DE ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

Se espera poder contribuir y apoyar el uso y/o aplicación de los conocimientos y técnicas epidemiológicas en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades del sector. Se dará énfasis a fortalecer la capacidad analítica y a superar las dificultades fundamentales para transformar datos en información e información en conocimientos.

Principales áreas de trabajo identificadas:

1. Fortalecimiento de la capacidad epidemiológica en y para los servicios de salud.
2. Desarrollo y fortalecimiento de metodologías para el monitoreo, evaluación y análisis prospectivo de las actividades de salud.
3. Estimular y apoyar las investigaciones epidemiológicas, la discusión y difusión de los resultados.
4. Asistencia en la identificación de necesidades de adiestramiento y apoyo a los procesos de capacitación en epidemiología.
5. Apoyo en el análisis de la situación de salud del país en forma permanente.
6. Apoyo al fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica.
7. Asesoría en la identificación, documentación y diseminación de información técnica, facilitando su acceso a los grupos nacionales.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y SUS TENDENCIAS (HDA)

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Análisis de la situación de salud y sus tendencias (HDA)
2. División: Políticas de Salud (HDP)
3. Responsable: Dr. Miguel E. Machuca
4. Colaboradores: Dr. Joaquín Salcedo (Consultor Interpaís); Consultores de los otros programas de la Representación.
5. Apoyo administrativo: Sra. Miryan de Girón  
Secretaria: Srita. Lucrecia Barrientos
6. Coordinación
- 6.1 interprogramática:  
  
Se realizan actividades conjuntas con todos los programas de la Representación y con mayor intensidad en Proyectos especiales como:  
  
6.1.1 APS/SILOS (Región VII)

- 6.1.2 Desarrollo de Recursos Humanos  
(capacitaciones en Epidemiología).
- 6.1.3 Servicios y/o actividades para mujeres:
- 6.1.4 Recopilación y análisis de información.
- 6.1.5 Cáncer Cervicouterino.
- 6.1.6 Apoyo a la gestión Hospitalaria.
- 6.1.7 Apoyo a la Regionalización.
- 6.1.8 Apoyo a la Seguridad Social.
- 6.1.9 Apoyo a instituciones formadoras de Recursos Humanos en Salud.
- 6.1.10 Saneamiento ambiental (recopilación de información).
- 6.1.11 Control de alimentos.
- 6.1.12 PAI (estrategias de incremento de cobertura como barridas sanitarias).
- 6.1.13 SIDA y ETS
- 6.1.14 PRODERE

6.2 Coordinación interagencial:

Se han establecido mecanismos y realizado acciones de cooperación conjunta

con:

UNICEF

AID

PNUD

COOPERACION ESPAÑOLA

COOPERACIÓN SUECA

COOPERACIÓN ENTRE PAÍS:

Se ha participado y constituye un elemento de trabajo permanente en las reuniones y actividades Bi y Trinacionales con los países vecinos:

México



Belice  
Honduras  
El Salvador

Se apoya y participa en proceso de fortalecimiento de la Epidemiología de la Sub-Región en el marco de la RESSCA.

Se mantiene comunicación y desarrollo de actividades con centros de Epidemiología internacional como:

CDC de Atlanta

Universidad de la Habana

Escuela de Salud Pública y

Depto. de Epidemiología de México.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas Principales del País en relación al área de atención del programa:
  - 1.1 Deficiente Sistema de Información.
  - 1.2 Insuficiente cobertura de los Servicios de Salud.
  - 1.3 Escasa capacidad de respuesta de los Servicios de Salud ante las necesidades de la población.
  - 1.4 Recursos Humanos capacitados insuficientes en el área de Salud Pública en general y particularmente en el campo de Epidemiología.
  - 1.5 Insuficiente asignación de recursos nacionales para atender los aspectos epidemiológicos.
  - 1.6 Escasa utilización y análisis de la información para la toma de decisiones en el Sector Salud.
  - 1.7 Escaso conocimiento y ejecución de metodología investigativa.
  - 1.8 Los contrapartes Nacionales no han incorporado aún el Análisis de Situación de Salud (en forma permanente) como un instrumento guía de la gestión en Salud.
  - 1.9 El monitoreo y evaluación de las acciones se aplica en forma insuficiente y esporádica.
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del Programa:
  - 2.1 Apoyo en el fortalecimiento del sistema de información.
  - 2.2 Apoyo en el procesamiento y análisis de la información.
  - 2.3 Proveer metodologías y técnicas para identificación de grupos de mayor riesgo a enfermar o morir.
  - 2.4 Fortalecer el sistema de vigilancia y control de enfermedades.
  - 2.5 Apoyar la realización de investigaciones Epidemiológicas.

- 2.6 Estimular el monitoreo y evaluación de acciones en Salud.
- 2.7 Apoyar procesos de capacitación en Epidemiología.
- 2.8 Estimular y apoyar la utilización del análisis de la situación de Salud (en forma permanente) como un instrumento de gestión.
  
- 3. Ejes de la cooperación técnica:
  - 3.1 Enfoque de Salud en el desarrollo.
  - 3.2 Fortalecimiento del Sector Salud.
  - 3.3 Priorización de acciones en grupos de alto riesgo.
  - 3.4 Movilización de recursos (internos y externos).
  - 3.5 Promoción de la Salud.
  - 3.6 Cooperación entre países.
  - 3.7 Administración del conocimiento.
  - 3.8 Evaluación de la Cooperación.
  - 3.9 En relación con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

Se ha logrado incorporar en las actividades de las contrapartes la identificación de las mismas como un elemento prioritario, como ejemplos:

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Salud en el desarrollo.

Reorganización del sector (APS/SILOS).

Fortalización de acciones en grupos de alto riesgo (Proyecto de migrantes, mujer indígena y otros).

Promoción de la Salud (Comisión Nacional y Proyecto de Región VII).

Utilización de la Comunicación Social en Salud (en la epidemia del Cólera).

Integración de la mujer en la salud y desarrollo.

Cooperación entre países (a nivel nacional y en áreas fronterizas).

Administración del conocimiento (Proceso de capacitación en Epidemiología por niveles).

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

2.1.1 Contrapartes con escasa formación en Salud Pública y Epidemiológica.

2.1.2 Débil voluntad política por mejorar el sistema de información.

2.1.3 Serias dificultades en la Gerencia y gestión del sector salud en general y forma especial en el área de Epidemiología.

2.1.4 Insuficiente asignación de recursos para atender las prioridades identificadas (por las mismas contrapartes nacionales).

2.1.5 Escaso análisis de la información.

2.1.6 Carencia y/o insuficiencia de investigaciones que orienten las acciones en forma más técnica.

2.1.7 Poca aplicación del monitoreo y evaluación.

- 2.1.8 Insuficiente uso del análisis de la Situación de Salud.
- 2.1.9 Inestabilidad en los cargos de las contrapartes (Por la situación política general del país) los que dificultan la continuidad de los procesos.
- 2.1.10 Ausencia de una "Cultura Epidemiológica".
- 2.1.11 Necesidad de un ordenamiento de las acciones del Sector Salud.
- 2.2 Avance hacia el logro de los resultados más importantes:
  - 2.2.1 Se ha logrado fortalecer la capacitación de recursos en epidemiología a través de un curso básico desarrollado en 1990-1991.
  - 2.2.2 Se logro la asignación de plazos y recursos para 8 epidemiólogos regionales.
  - 2.2.3 Se ha incorporado las investigaciones en el quehacer de los epidemiólogos.
  - 2.2.4 Se ha evaluado el sistema de vigilancia epidemiológica nacional en 2 ocasiones.
  - 2.2.5 Se ha elaborado un plan de desarrollo de la Epidemiología.
- 2.3 Evaluación de PTC 1993

En el primer cuatrimestre de 1993 se dio énfasis a las actividades de coordinación interagencial lográndose que AID, y UNICEF absorvieran gastos en actividades de capacitación. se realizaron capacitaciones sobre análisis de información (utilizando fondos Diarrea-cólera) y las acciones de apoyo a la región VII. se apoyó además la evaluación del sistema de vigilancia (nivel nacional) y la caracterización de la epidemia del cólera (documento en proceso de edición). La ejecución presupuestaria fue de un 24.6% debido a que el apoyo financiero de los fondos Diarrea-Cólera fue muy importante.

### 3 Recursos Financieros:

#### 3.1 APB - 1993

Se asignaron al programa para este año \$52,000.00.

#### 3.2 No existen fondos extrapresupuestarios

Fecha	Asignado	Obligado	Saldo
24/06/93	52,000.00	20,369.63	31,630.37

**d. PROYECCIONES:**

1. Seria conveniente conocer opinión de nuevas autoridades de salud sobre el plan de desarrollo de la epidemiología y su apoyo a la atención prioritaria a las regiones VII y II. Los aspectos anteriores se relacionan con el plan sub-regional de apoyo a la epidemiología.
2. El apoyo de capacitación por niveles en forma sostenida es fundamental para el desarrollo de la epidemiología en el país.
3. Presupuesto 1994-95  
Asignado: 104,000.00  
Requerido: \$167,500.00

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
2. INSTITUTO GUATEMALTECO DE ASISTENCIA SOCIAL
3. ONG'S

## 2 CONTROL DE RIESGOS RELACIONADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Control de riesgos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles.
2. División: Promoción y protección de la salud (hpp)
3. Responsable: Dr. Miguel E. Machuca
4. Consultores colaboradores: Consultores de los diferentes programas de la Representación.
5. Apoyo administrativo al programa: Sra. Miryan de Girón  
Secretaria: Lucrecia Barrientos
6. Coordinación interprogramática:  
Se efectúa principalmente con recursos Humanos, Desarrollo de Servicios de Salud y GTB-INCAP.
- 6.1 Coordinación interagencial:  
Se realiza en forma prioritaria con: AID, Cooperación Española y Cooperación Canadiense. (por tener contempladas actividades y recursos por NCD).
- 6.2 Coordinación entre países:  
Se realizan actividades de cooperación técnica con Puerto Rico, México, Cuba y Costa Rica y USA, promoviéndose el intercambio de experiencias en la Subregión.

b. **CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa:
  - 1.1 Las enfermedades crónicas no han sido identificadas como una prioridad política ni técnica en el País.
  - 1.2 No existe una masa crítica de Profesionales especializados en el campo de las enfermedades crónicas, que se constituyan en una contraparte que demanda una respuesta más estructurada de cooperación.
  - 1.3 Las deficiencias en el sistema de información en general no permiten tener una idea clara de la magnitud del problema.
  - 1.4 La escasa existencia de investigaciones en este campo limita las posibilidades de acción.
  - 1.5 La limitada asignación de recursos financieros en esta área de cooperación dificulta ampliar el marco de acción.
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del programa:
  - 2.1 Estimular y apoyar la recopilación y análisis de información sobre NCD.
  - 2.2 Apoyar la elaboración de informes especiales y/o investigaciones sobre NCD.
  - 2.3 Apoyar la elaboración y ejecución de planes y proyectos especiales sobre NCD, en áreas de Salud identificadas como de mayor riesgo.
3. Ejes de cooperación técnica:

Metas:

  - 3.1 Promover el desarrollo pleno y el uso integral de las capacidades humanas a través del fortalecimiento de la salud positiva entre los habitantes del país.
  - 3.2 Promover el desarrollo de esquemas de acción intersectorial de la salud y fortalecer los sistemas de apoyo social en favor de la salud que se desean alcanzar a través de:
    - 3.2.1 Utilización de la información para la acción.



- 3.2.2 Utilización de la comunicación social en salud.
- 3.2.3 Administración del conocimiento.
- 3.2.4 Movilización de recursos.
- 3.2.5 Cooperación entre países.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

Se ha avanzado en identificar la conveniencia del abordaje intersectorial de la salud y se inicia un proceso de apoyo social en favor de la salud.

2. Proceso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

Enfoques tradicionales en el abordaje de las NCD.

Dificultades en asignar tiempo, espacio y recursos humanos para NCD por parte de las contrapartes.

Escasez de personal calificado en NCD.

Débil motivación para realizar investigaciones.

Serias dificultades en la recopilación de información sobre NCD.

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes:

El fortalecimiento o creación de comisiones nacionales ha permitido avanzar en la atención de algunas condiciones como:

Cáncer Cervicouterino.

Prevención de Tabaquismo.

Prevención en uso de Drogas.

Tercera Edad.

Salud Mental.

Enfermedades Cardiovasculares.

2.3 Grado de avance (PTC-1993)

La postergación de la mayoría de actividades del primer cuatrimestre para el 2o. o tercer cuatrimestre, no permite mantener logros de los años anteriores en lo relacionado con Cáncer Cervicouterino y prevención en el uso de drogas, sin embargo en los otros temas mencionados en el inciso anterior se ha cumplido con la programación.

2.4 Apoyo Regional:

Se ha contado con un apoyo decidido y permanente del Programa Regional para la ejecución de la programación en el País.

3. Recursos Financieros:

Presupuestarios (saldos hasta junio - 93)

Monto asignado	Monto obligado	Saldo
(*) 16,000.00	4,323,58	11,562.42

(\*) Incluye fondos de promoción de la Salud.

3.1 Extrapresupuestarios:

El programa no cuenta con fondos extrapresupuestarios.

3.2 Porcentaje de Ejecución global en 1993.

Monto asignado	Monto obligado	Gastado
100%	27.7%	27.%

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos de Atención Inmediata:

Sería conveniente definir con autoridades Nacionales áreas prioritarias de atención en NCD (y contrapartes asignadas para cada una de ellas), debido a que en ocasiones anteriores el enfoque de cada administración ha sido diferente.

2. Evolución prevista del sector en el Período 1994-95

Sería conveniente estimular la formación de profesionales en este campo y desarrollar una estrategia que se integrara al enfoque de Promoción de la Salud General.

3. Presupuesto 1994-95

Asignado	Requerido
\$32.000.00	107.000.00

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. CANCER CERVICOUTERINO

1.1 Liga Nacional Contra el Cáncer.

1.2 Asociación de Ginecología y Obstetricia.

1.3 Departamento de Enfermedades no transmisibles DGSS (Dr. Obdulio Córdón).

2. PREVENCIÓN DE TABAQUISMO

2.1 Comisión Nacional.

2.2 Dr. León Arango Portillo

3. PREVENCIÓN EN USO DE DROGAS
  - 3.1 Comisión Nacional de Prevención en Uso de Drogas.
  - 3.2 Lic. Dina Valle
  
4. TERCERA EDAD
  - 4.1 Comisión Nacional de Protección de la Vejez.
  - 4.2 Asociación Gerontológica de Guatemala.
  
5. CAMIP - IGSS
  - 5.1 Dr. Ricardo López Arzú
  
6. SALUD MENTAL
  - 6.1 Comisión Nacional de Salud Mental.
  - 6.2 Dr. Romeo Lucas Medina.
  
7. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
  - 7.1 Liga Del Corazón.
  - 7.2 Asociación de Cardiología
  - 7.3 Dr. Bianchi

***MATerno-INFANTIL***

## MATERNO-INFANTIL

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

#### DEMOGRAFIA

El 64% de la Población total del país está constituida por menores de 15 años, correspondiendo al menor de 4 años el 18%. El grupo de mujeres en edad fértil corresponde al 23% de la población total.

En conclusión, Guatemala es un país con población joven.

#### INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD MATERNO INFANTIL:

Para 1990 la tasa de Mortalidad Infantil fue de 47.02 por 1000 N.V., siendo las principales causas: a) las Perinatales(13.27 por 1000 N.V.) b) Neumonías (9.14 por 1000 N.V.) c) Enfermedades Intestinales (8.00 por 1000 N.V.) d) Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos (3.20 por 1000 N.V.) y e) Sarampión (3.20 por 1000 N.V.).

La tasa de Mortalidad Neonatal en el mismo año registró de 10.08 por 1000 N.V. y se debió principalmente a ciertas Infecciones del Período Perinatal.

En el Grupo de 1 a 4 años la tasa de defunción arrojó la cifra de 10.08 por 1000 N.V., cuyas causas de muerte fueron similares a las del grupo anterior. Sin embargo, en este grupo las diferencias nutricionales ocupan un lugar mas relevante.

Existe elevada prevalencia de desnutrición en el país y de bajo peso al nacer. El 34% de los niños entre 3 y 36 meses de edad tienen bajo peso para su edad; en relación a la prevalencia de Desnutrición Crónica, el 58% de los niños tienen retardo en el crecimiento.

La tasa de Natalidad es de 36.5 por 1000 y la tasa de Fecundidad de 178.2 por 1000 M.E.F.

Según el estudio de Mortalidad Materna realizado en 1989 por el Depto. Materno Infantil de la D.G.S.S., revela una tasa de 24.8 por 1000 N.V. con un porcentaje de subregistro nacional de 44%.

Las hemorragias, septicemias y toxemias son, en ese orden, las principales causas de muerte.

## **FACTORES QUE AFECTAN AL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION MATERNO INFANTIL:**

El empeoramiento de la situación económica limita aún más la capacidad de los guatemaltecos para la adquisición de productos que satisfagan las mínimas necesidades proteínicas, energéticas y de micronutrientes de la población Materno Infantil. Asimismo, las altas tasas de natalidad, el desabastecimiento de agua potable en el área rural, y buena parte de la urbana, la inadecuada eliminación de desechos sólidos, la falta de accesibilidad a los servicios en zonas rurales y marginales, la escasez de recursos humanos entrenados, principalmente en lo referente a la atención del parto y del recién nacido, así como la escasa participación comunitaria en la gestión de la salud, son algunos de los factores más relevantes que afectan al estado de salud de este grupo de población.

### **B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES**

El Ministerio de Salud, en el Documento de Política sobre "El Sector Salud, Planificación para los años Noventa", preparado en 1991 prioriza "La atención especial a grupos vulnerables como madres y niños". En los primeros meses de 1992, el Consejo Nacional de Salud aprueba el "Plan Nacional de Salud Materno Infantil", en donde se define como estrategia fundamental la contribución a la conformación y desarrollo de un nuevo modelo de atención. Los aspectos básicos de esta estrategia se enumeran a continuación: a) Concertación Social para la Salud; b) Sistemas de Coordinación Sectorial c) Ampliar cobertura y mejorar la calidad de la Atención de la A.P.S.; d) La aplicación de enfoque de Riesgo Biológico y Social; e) Descentralización en Salud dentro del marco de la Regionalización con énfasis en el desarrollo de los SILOS; f) Estimular y facilitar la participación de las Instituciones, la Familia, la Comunidad de los otros sectores del Estado, ONG's y Sector Privado.

### **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

El Ministerio de Salud identifica "La atención especial a grupos vulnerables, madres y niños" como una prioridad (en el desarrollo de programas. Ha solicitado la cooperación técnica en las siguientes áreas:

Apoyar el establecimiento de un Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional en Areas Priorizadas.

Contribuir a la unificación de criterios, ampliar la cobertura y mejorar la calidad del control de crecimiento y desarrollo.



Mejorar la calidad de la atención del parto y la atención del Recién Nacido a nivel departamental y local.

Apoyar el desarrollo del Programa IRA en sus diferentes etapas (capacitación, implementación a diferentes niveles de atención, evaluación y vigilancia epidemiológica en Instituciones de Servicio y formadoras de Recursos, estatales y privadas a nivel comunitario).

Apoyar la elaboración de un Programa Integral de Salud multidisciplinario e intersectorial para el adolescente.

Apoyar la implementación de UCPTD, URO, UROCS y acciones de Prevención y Manejo adecuado de la diarrea en el hogar.

#### **PRIORIDADES PARA LA COOPERACION TECNICA DE LA OPS:**

Tras sostener conversaciones con funcionarios nacionales, se acordó brindar la Cooperación Técnica en los seis componentes mencionados enfocándose hacia: el desarrollo de Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, que contribuyan al escrutinio continuo de la situación y la toma de decisiones locales, aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de la atención Prenatal, Perinatal, Post-Natal, de la Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo, y de la atención de Morbilidad y Mortalidad Materna, consolidando programas integrados de atención Materno Infantil y del Adolescente.

#### **D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION**

Para dar respuesta a los planteamientos anteriores es necesario, en primer lugar, incrementar acciones que involucren a la población Materno Infantil logrando así el auto-cuidado de su salud. La promoción de la salud y la comunicación social, juegan un papel importante para lograr este objetivo.

También es necesario el fortalecimiento y desarrollo de los SILOS, en donde la comunidad deberá tener una participación activa, la capacitación y actualización del personal de salud Institucional y no Institucional y de la propia comunidad, contribuirá a aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

#### **PROYECTOS**

**MCH: CRECIMIENTO, DESARROLLO Y REPRODUCCION HUMANA**

**PROPOSITO:** Desarrollar y aplicar esquemas de intervención que logren reducir los riesgos y disminuir la magnitud del daño prevalente en estos grupos poblacionales.

Será necesaria la capacitación y actualización del personal de Salud Institucional y no Institucional, a nivel nacional, regional y/o local; del personal Docente de las Escuelas Formadoras de Recursos Humanos y de la propia comunidad. El nivel en que se desarrollará la capacitación dependerá del grado de avance en que se encuentran cada uno de los esquemas de intervención.

Se requerirá de la implementación de Sistemas de Monitoreo y evaluación a los niveles locales y el apoyo en los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el de Mortalidad Materna y Alimentario Nutricional.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. MATERNO INFANTIL Y ENFERMEDADES DIARREICAS

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del programa: Materno Infantil y Reproducción Humana, y Enfermedades Diarréicas
2. División: HPM
3. Responsable: Dr. Mario Lacayo Flores
4. Consultores, colaboradores: Dra. Rebeca Arrivillaga,GTB/INCAP
5. Apoyo administrativo al programa: Rina Elizabeth Archila Alburez
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática. Epidemiología, Comunicación Social, Recursos Humanos(PASCAP), Alimentación y Nutrición, APS/SILOS, PAI, Prevención y Control del Cólera.
  - 6.2 Interagencial. UNICEF, UNFPA, AID, CEE
  - 6.3 Entre países

b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:

1. Problemas principales del país en relación al programa:
  - 1.1 64% de la población vive en extrema pobreza.
  - 1.2 Altas tasas de Natalidad (36 x 1.000 habitantes).
  - 1.3 Desabastecimiento de Agua Potable e inadecuada eliminación de excretas (60 y 50% respectivamente).
  - 1.4 Falta de accesibilidad a los servicios en zonas rurales y marginales (34% de cobertura institucional en todo el país).
  - 1.5 Mortalidad Infantil (42.4 x 1.000 n.v.).
  - 1.6 Mortalidad Materna (24.8 x 1,000 n.v.).
  - 1.7 Mortalidad Neonatal (10.08 x 1,000 n.v.).
  - 1.8 Bajo Peso para su edad (34% de los niños entre 3 y 36 meses). Prevalencia de Desnutrición crónica (58%).
2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa:
  - 2.1 Extensión de Cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de la población Materno Infantil. con énfasis en los Grupos de Riesgo de 0-5 años. Desnutridos y Mujeres Embarazadas de las Areas de Regiones Priorizadas (Región VII. Quiché y Huehuetenango).
  - 2.2 Descentralización, desconcentración de la oferta de los servicios e integración de las acciones materno infantiles a nivel nacional, regional y local.
  - 2.3 Fomentar la actividad comunitaria en la programación y la operatividad de las actividades materno infantiles.
3. Ejes de la Cooperación Técnica:
  - 3.1 Se identifica la Atención especial a grupos vulnerables, madres y niños como una prioridad en el desarrollo de programas. Se ha solicitado la cooperación técnica en las siguientes áreas:

Apoyar el establecimiento de un Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional en Areas Priorizadas.

Contribuir a la unificación de criterios, ampliar la cobertura y mejorar la calidad del control de crecimiento y desarrollo.

Mejorar la calidad de la atención del parto y la atención del Recién Nacido a nivel departamental y local.

Apoyar el desarrollo del Programa IRA en sus diferentes etapas (capacitación, implementación a diferentes niveles de atención, evaluación y vigilancia epidemiológica en Instituciones de Servicio y Formadoras de Recursos, Estatales y Privadas a nivel comunitario).

Apoyar la elaboración de un Programa Integral de Salud multidisciplinario e intersectorial para el adolescente.

Apoyar la implementación de UCPTD, URO, UROCS y acciones de Prevención y Manejo adecuado de la diarrea en el hogar.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas.

- 1.1 Tras sostener conversaciones con funcionarios nacionales, se acordó brindar la Cooperación Técnica en los seis componentes mencionados enfocándose hacia: el desarrollo de Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, que contribuyan al escrutinio continuo de la situación y la toma de decisiones locales, aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de la atención Prenatal, Perinatal, Post-natal, de la Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo, de la atención de Morbilidad y Mortalidad Materna y la promoción de la lactancia materna, consolidando programas integrados de atención Materno Infantil y del Adolescente.

2. Progreso:

- 2.1 Problemas encontrados en la ejecución: Insuficiente coordinación entre las actividades de Prevención y Control del Cólera y el Programa CED(Control Enfermedades Diarréicas).

Inestabilidad de los cargos entre las contrapartes nacionales.

Insuficiente coordinación interagencial.

- 2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes:

Implementación del Sistema de Información Perinatal y del Niño en hospitales nacionales.

Fortalecimiento de los Hospitales Amigos de la Lactancia.

Capacitación de maestros y promotores de salud para uso de las guías curriculares de lactancia materna en la educación primaria.

Estandarización de la enseñanza y enfoque multisectorial del Control de Crecimiento y Desarrollo.

Implementación de un Sistema de Vigilancia Alimentario y Nutricional local.

Implementación del Programa IRA a nivel nacional.

Elaboración de un Programa Integral de Salud multidisciplinario e intersectorial para el y la adolescente.

Implementación de Unidades de Capacitación de Terapia de Rehidratación Oral. Unidades de Rehidratación hospitalaria, y UROCS.

2.3 Grado de Avance(Evaluación primer PTC,1993): 35%

2.4 Apoyo Regional: ---

3. Recursos Financieros (APB y PTC):

3.1 Presupuestarios: 64,000

3.2 Extrapresupuestarios: 6616.00

3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1993):

Asignado: 64,000

Obligado: 12,000

Gastado: 52,000

Extrapresupuestarios:

Asignado: 6616.00

Obligado: 6616.00

Gastado: 685.19

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante.(apoyarán a información general de la Representación).
- 1.1 Desarrollar el proyecto "Fortalecimiento de los Servicios de Atención Materna en los SILOS en C.A.
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995 (Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación Técnica del Programa).
- 2.1 Los cambios a nivel político que actualmente se están dando en el país, pueden influir para apoyar con mayor decisión acciones que impacten positivamente en el grupo etéreo, al cual va dirigido el Programa, teniendo por lo tanto la Cooperación Técnica mayores posibilidades de intervención y desarrollo.
3. Presupuesto 1994-1995:  
ASIGNADO: 64,000  
REQUERIDO: 84,000

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Dirección General de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (9a. Av. 14-65, zona 1, Guatemala, C.A.).
2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (7a. Av. 22 calle, zona 1, Guatemala, C.A.).
3. Universidad de San Carlos de Guatemala (Av. Petapa, Zona 12, Guatemala, C.A.).
4. Comisión Nacional del Adolescente -CONAD-(9a. Av. 14-65, zona 1, 3er. nivel, Guatemala. C.a.).
5. Comisión Nacional para la Lactancia Materna -CONAPLAM- (Centro Comercial Z. 4,Torre Profesional I,Of. 804, Guatemala, C.A.).
6. Escuela Nacional de Enfermeras (6a. Av. 3-55, zona 11, Guatemala, C.A.).



**PROMOCION DE LA SALUD EN GUATEMALA**

# PROMOCION DE LA SALUD EN GUATEMALA

## A. ANALISIS DE LA SITUACION

### DEMOGRAFIA

Una tercera parte de la población es económicamente activa, de la cual el 24 % es mujeres y 76 % hombres. En la década pasada se agudizaron los factores que inciden en/o provocan pobreza: deterioro en la distribución del ingreso (10 % de la población capta el 44 % del ingreso); desempleo urbano (43 %); tasa anual de crecimiento de la pobreza 2.8 %. Porcentajes de pobreza más críticos: Noroccidente 88 %; Suroccidente 80 %; Suroriente 79 %. Ingreso familiar promedio en 1989, Q 373,00 mensual.

Persisten factores de discriminación de la mujer y de los grupos indígenas en la distribución de bienes y servicios.

En 1990 la tasa de mortalidad en general fue de 7,67 por mil habitantes. Las defunciones de niños menores de 5 años representaron el 41 % de todas las muertes. Las principales causas de las mismas fueron: Enfermedad infecciosa intestinal y Neumonía.

### FACTORES QUE AFECTAN AL ESTADO DE SALUD

El déficit habitacional general en calidad y cantidad. Solamente 42% de las viviendas poseen agua y 46 % letrinas.

El Producto Interno Bruto, PIB, alcanzó en 1990 3,40 miles de millones de Quetzales (1 US \$ = Q. 5,24). La asignación destinada a Salud se contrajo de 1,9 % al 1.6 % del presupuesto anual entre 1980 y 1988. En 1980 se destinaban Q. 8,65 per cápita anual, mientras que en 1988 disminuyó a Q. 5,80.

La Promoción de la Salud no ha sido una preocupación prioritaria de ninguno de los Planes Nacionales de Salud y esto ha propiciado que la salud de la población pluricarente se deteriore constantemente. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, realiza muy pocas actividades de educación para la salud y de coordinación intersectorial y organización comunal para la construcción de infraestructura básica, a pesar de ser elementos fundamentales para la promoción de la salud. El Departamento de Recursos Humanos y Educación para la Salud que funciona actualmente, cuenta con un bajo presupuesto y carece del estímulo necesario para atender las necesidades que se plantean y funcionar eficientemente.

En Guatemala trabajan múltiples Organismos No Gubernamentales, ONG's en el campo de la salud y la educación. En muchos casos algunas ONG's han investigado a profundidad las áreas de trabajo y utilizado metodología innovadora, logrando promover la salud. El MSPAS no ha logrado establecer una relación adecuada con las ONG's ni orientar su trabajo.

## **B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES**

Para 1993 - 1995 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, ha definido las siguientes políticas de acción:

1. Extensión de cobertura de los servicios de salud a los grupos vulnerables y de mayor pobreza.
2. Desarrollo institucional y de servicios, basado en los principios de eficiencia, eficacia y equidad.
3. Previsión de la disponibilidad y utilización racional de los recursos materiales y financieros.
4. Funcionalidad de la infraestructura instalada en la red de servicios de salud.
5. Fortalecimiento al desarrollo estratégico de recursos humanos.
6. Abordaje y coordinación multisectorial e interinstitucional de la salud.
7. Promoción de prácticas alimentarias adecuadas, controlando la calidad de los productos y el estado nutricional de la población.
8. Dotación de agua potable y saneamiento ambiental en las poblaciones de alto riesgo y mayor pobreza.

## AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA NACIONALES DE LA COOPERACION TECNICA

OPS/OMS ha definido un paquete integral de cooperación en las áreas, el cual está organizado en tres grupos:

GRUPOS	PROGRAMAS
1. Dirigido a las personas	Materno Infantil (MCH) PAI (EPI) Nutrición (INCAP-GTB) E.D.A. IRA (CDD) Enfermedades transmisibles (HPT)
2. Al medio ambiente	Saneamiento ambiental (CWS) Control de alimentos (FOS) Preparación para desastres (TCC)
3. De apoyo	Epidemiología (HST) Gerencia (DHS) Promoción social, enfoque de género (MSD) Capacitación de RR HH (HME)

## ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION TECNICA

OPS/OMS, GUT ha definido que los diferentes programas deben colaborar con las autoridades nacionales para fortalecer las funciones de:

- a. Normatización
- b. Coordinación
- c. Supervisión
- d. Negociación

Estrategias para la Cooperación a nivel nacional:

1. Iniciar la cooperación propiciando una evaluación de la situación actual del nivel central en los aspectos mencionados con relación a un patrón ideal, y con base en los resultados obtenidos .
2. Movilizar la participación de otros sectores ajenos al MSPAS, tanto del interior como de fuera, para crear instancias de discusión y reflexión, a fin de fortalecer las funciones señaladas.

### **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

Cooperación técnica a nivel local:

En coherencia con el proceso de descentralización y con el establecimiento de áreas de salud prioritarias, la Cooperación Técnica OPS/OMS debiera centrar su labor en pocas áreas geográficas (departamentos) seleccionadas por las autoridades nacionales con el propósito de fortalecer su capacidad para:

1. Analizar la situación de salud
2. Programar localmente con base en:
  - a. Conocimiento de la situación sanitaria local
  - b. Prioridades
  - c. Recursos disponibles
3. Vigilar la evolución de la situación, monitorear las intervenciones y evaluar el impacto en la salud de la población.

### **D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION**

Estrategias para la cooperación a nivel local:

1. Concentrar la cooperación técnica en dos áreas de salud (departamentos).

2. Propiciar el desarrollo de cursos de capacitación en epidemiología y en gerencia para todo el personal de salud de las áreas en forma simultánea al desarrollo de programas integrales.
3. Brindar la cooperación técnica OPS/OMS a los equipos de las áreas.

## PROYECTO PROMOCION DE LA SALUD

Existe la Coordinadora de Promoción de la Salud, CPS, creada en 1991 ante el apareamiento de la epidemia del cólera en el país, la cual depende directamente de la Dirección General de Servicios de Salud.

La CPS definió como áreas prioritarias en las cuales requieren cooperación técnica las siguientes:

1. Investigación participativa a nivel local para definir criterios y estrategias de promoción de la salud.
2. Capacitación de líderes comunitarios como facilitadores del proceso de promoción de la salud y movilización social.
3. Asesoría en la elaboración de materiales educativos.
4. Coordinación de las ONGs a nivel local.
5. Coordinación con Consejos de Desarrollo a nivel regional.

OPS/OMS propone la creación de una Unidad de Promoción con Participación Social para la Salud, como una Unidad de la Dirección General de Servicios de Salud que pueda coordinar el trabajo de manera eficaz.

Se propone propiciar la coordinación intersectorial para la promoción de la salud.

Establecer compromisos de coordinación directa y apoyo con el Ministerio de Educación.

Desarrollar actividades de capacitación con personal local. Como primer paso para formar un Programa de Educación a Distancia sobre Promoción de la Salud con Participación Social.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD EN GUATEMALA

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Programa: Promoción de la salud en Guatemala
2. División:
3. Responsable: DR. MIGUEL MACHUCA/LEONOR HURTADO
4. Consultores, Colaboradores:
5. Apoyo administrativo

#### 6. Coordinación:

- 6.1 Interprogramática:  
Con la implementación de la estrategia de SILOS que se inicia a desarrollar en la Región VI del país, se ha iniciado un proceso de coordinación interprogramática, de los programas presentes en esa área geográfica.

La coordinación más estrecha se ha dado con el Programa Saneamiento del Medio, al rededor del Plan Nacional de Letrinización, PLET.

#### 6.2 Interagencial:

En el departamento de Huehuetenango se han realizado las primeras gestiones para organizar una coordinadora de Organismos no Gubernamentales, ONG's, que trabajan en el sector Salud. Las que han participado en esta iniciativa son:

CARE, CEAR, Club Rotario, PRODERE, Médico sin Frontera, Pastoral Social, Promotores de la Diócesis de Jacaltenango, Proyecto Zaculeu, UNICEF, Visión Mundial.

**b. CAMPOS DE ACCION DEL PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa

Un problema primordial es la falta de manejo con propiedad de la estrategia de "Promoción de la Salud". Generalmente no se visualiza la salud como una condición multicausal que requiere de una intervención intersectorial para restablecerla y garantizarla. La limitada concepción ha entorpecido una acción coordinada de los diferentes sectores buscando alcanzar objetivos compartidos.

2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del programa

A finales de 1992 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, definió como prioridad la atención de la Región VII. Atendiendo a esta orientación el Programa de Promoción de la Salud centra la cooperación técnica en esta Región.

3. Ejes de cooperación técnica

3.1 Coordinación de ONG's.

3.2 Capacitación de Promotores de Salud en Promoción.

3.3 La Promoción de la Salud como actividad permanente dentro de la Escuela Primaria.

3.4 La participación de organizaciones comunitarias en la Promoción de la Salud.

3.5 La participación de los medios de información masiva en la Promoción de la Salud.



c. **EVALUACION DE LA COOPERACION TECNICA:**

1. General:

Se desarrolla el Programa de acuerdo con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas. sin embargo el ritmo de trabajo es más lento de lo deseado.

2. Progreso:

2.1 Problemas de ejecución

Falta de apoyo directo en el lugar de trabajo. Se planificó contratar a una persona en Huehuetenango como responsable de dar seguimiento al Programa de Promoción de la Salud, sin embargo hasta el momento no ha sido posible contratarla. Esto limita la continuidad en el desarrollo del Programa, ya que la responsable del mismo visita el departamento una semana sí y una no, alternamente.

No se dispone de recursos para la ejecución de las actividades de manera oportuna.

No existe una coordinación departamental de OPS que favorezca el trabajo coordinado entre los diferentes Programas.

2.2 Avances

Existe una coordinación muy positiva entre la Jefatura de Área de Salud y el Programa de Promoción de la Salud. El Plan de Trabajo es avalado y se participa directamente en el logro de los objetivos propuestos.

Se firmó una carta de entendimiento que garantiza el trabajo coordinado de las Oficinas Regionales de los Ministerios de Salud y Educación. Se ha iniciado un trabajo de planificación conjunta por parte de las Oficinas Departamentales de ambos ministerios.

Se han dado los primeros pasos para la integración de una Coordinadora de ONG's del Sector Salud que trabajan en el departamento de Huehuetenango.

Se ha iniciado un proceso de educación en relación con Promoción de la Salud con personal de la Jefatura de Área de Salud.

ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION  
PRIORIDAD DE LA COOPERACION TECNICA

1. Apoyar acciones que favorezcan la aplicación de la estrategia de promoción de la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES VERIFICABLES
Apoyar actividades de divulgación de la estrategia promoción de la salud.	Mayor conocimiento sobre promoción de la salud.	Apoyar a la Comisión Nacional de Promoción de la DGSS en la elaboración de Plan Nacional.  Apoyar en definir lineamientos de promoción para coordinar actividades de ONG's.	- Plan Nacional de Promoción de la Comisión.  - Actividades de promoción coordinadas de ONG's.
Propiciar y apoyar la aplicación de la estrategia de promoción de la salud.	Aplicación de la estrategia de promoción de la salud.	Apoyar Area(s) de Salud para identificar comunidades de aplicación.  Apoyar organización y desarrollo de propuestas de aplicación.	- Comunidades seleccionadas.  - Lineamientos para el estudio inicial de las mismas.  - Propuesta de organización y desarrollo de promoción.
Apoyar el desarrollo de experiencias nacionales en aplicación de estrategia de promoción de la salud.	Desarrollo de conocimientos y prácticas sobre promoción de la salud a nivel local y/o nacional.  Desarrollo de metodologías que puedan aplicarse en otras áreas del país.	Aplicación de estrategia en área(s) identificadas y priorizadas.  Sistematización de información y elaboración de informes.	- Coordinación intersectorial.  - Diagnóstico participativo inicial de la situación comunitaria.  - Definición de prioridades.  - Guías operativas.  Informes operativos sobre las metodologías.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	INDICADORES VERIFICABLES
<p>Apoyar la elaboración y ejecución de planes de acción para atender las enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Desarrollo de actividades de promoción y prevención de enfermedades no transmisibles en áreas de mayor riesgo.</p> <p>Disminución de la morbi-mortalidad en área(s) de ejecución.</p>	<p>Apoyar elaboración de plan(es) de acción.</p> <p>Apoyar elaboración de documentación sobre promoción para Congreso Médico.</p> <p>Programación de actividades en área(s) de trabajo.</p>	<p>Disminución de morbi-mortalidad en áreas de ejecución.</p>

**SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL**

## SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL

La situación alimentaria nutricional de la población guatemalteca se expresa en términos de desnutrición del 33.6% de los niños entre 6 y 36 meses, lo que constituye un daño crónico indicado por el 37.4% de escolares con deficiencia en talla. Se agregan las deficiencias específicas de Hierro, Vitamina A y Yodo que afectan a los grupos vulnerables incluidos los escolares y los adolescentes.

La causa directa de este daño es la pobreza extrema que afecta al 64.5% de la población, lo que indica que no tienen acceso a la canasta básica de alimentos y menos aún a los servicios básicos.

Como respuesta a esta situación la Secretaría General de Planificación Económica ha presentado un Plan Nacional de Nutrición que enfrenta diferentes aspectos del problema involucrando a los distintos sectores del país, planteando metas específicas y un presupuesto. Por su parte el Consejo Nacional de Salud, por iniciativa del Ministerio del Ramo, ha aprobado una política de Seguridad Alimentaria en la que enfoca la responsabilidad del sector para detectar y tratar el daño nutricional, realizar acciones de promoción y educación alimentaria nutricional y motivar la participación activa de los sectores productivos para prevenir el deterioro en el estado nutricional de la población.

La cooperación de INCAP/OPS en apoyo a estos procesos nacionales, estará enfocada a fortalecer la capacidad técnica del personal del Ministerio de Educación para promover el adecuado estado nutricional del escolar y su educación para la seguridad alimentaria; a promover el enfoque de seguridad alimentaria en centros formadores de personal de diversas disciplinas; a fortalecer la capacidad técnica de diferentes instituciones nacionales para gestión de programas orientados a la seguridad alimentaria; a mejorar la disponibilidad de alimentos a nivel de comunidades prioritarias; disminuir la prevalencia de enfermedades carenciales por deficiencia de Vitamina A, Hierro y Yodo; y, fortalecer la capacidad técnica de instituciones nacionales para promover el mejoramiento de la calidad sanitaria de alimentos de origen pecuario y hortalizas.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. ALIMENTACION Y NUTRICION HUMANA

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Aumento de la Disponibilidad, Acceso y Consumo de Alimentos.
2. División: HPP Promoción y Protección de la Salud
3. Responsable: GTB/INCAP
4. Consultores/colaboradores: Ing. Arnoldo Garcia Soto /Ing. Billy Estrada  
Licda. Mara de Galindo
5. Apoyo Administrativo al programa: Sra. Carolina de Samayoa  
Sra. Gloria de Abril  
Administración de OPS
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: -HDP  
-HMP  
-HPC  
-PRODERE
  - 6.2 Interagencial: UNICEF  
PRODERE  
FAO  
GTZ  
AID  
HOPE
  - 6.3 Entre países:

b. **CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al programa

En Guatemala la problemática de alimentación y nutrición es grave, especialmente en las áreas rural y marginal urbana y principalmente dentro del grupo indígena, siendo la deficiencia calórica el problema más importante, además también se ha establecido que la deficiencia de micronutrientes específicos es un problema. Los bajos niveles de productividad de alimentos unidos a las altas pérdidas postcosecha determinan que los pequeños productores tengan bajos ingresos económicos que no le permitan cubrir sus necesidades básicas, aunado a esto se encuentra el bajo prestigio que presentan los alimentos nativos y así también las pésimas condiciones higiénicas que ocasionan problemas en cuanto a calidad y grado de contaminación de los alimentos.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa

El gobierno ha contemplado dentro de la política económica y social aspectos dirigidos a estimular los factores que intervienen en la solución de la problemática alimentario nutricional. Diferentes organismos, tanto gubernamentales como no gubernamentales e internacionales, han propuesto acciones que juntamente con instituciones nacionales promuevan el mejoramiento de las condiciones para aumentar la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos, dando énfasis a regiones del país especialmente del área rural.

Así también se está trabajando en el mejoramiento de las condiciones ambientales tratando de incrementar la calidad de los alimentos.

3. Ejes de la Cooperación Técnica

Seguridad alimentaria

Aumento de la disponibilidad de alimentos

Reducción de pérdidas post-cosecha

Control de deficiencias de micronutrientes

Mejoramiento de la calidad sanitaria de los alimentos

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas.

Todas las acciones que se están realizando integran acciones que involucran al nivel local comunitario y a grupos de mujeres, y dando énfasis a la focalización de grupos de alto riesgo, y con un enfoque multisectorial lo cual ha permitido movilizar recursos, la comunicación social y promover la salud.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución

Falta de recursos económicos en las instituciones y de operación para el programa

Inestabilidad laboral de las contrapartes

Débil capacidad técnica institucional de las contrapartes

2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes.

Apoyar el mejoramiento de los medio de producción de alimentos de alta calidad Apoyar la producción local de alimentos de alta calidad

Desarrollo de programas de Seguridad Alimentaria

Fomento de la agroindustria rural

2.3 Grado de Avance (Evaluación primer PTC, 1993)

Apoyar a CATIE en la incorporación del componente alimentario nutricional al proyecto "Desarrollo sostenible en regiones de trópico húmedo."

Apoyar a PRODERE en el desarrollo técnico del componente de Seguridad Alimentaria en Ixcán.

Apoyo a SEGEPLAN en la definición de proyectos para incorporar en el componente de alimentación y nutrición del Plan de Inversiones Públicas



Apoyo a GTZ en el desarrollo del proyecto de Seguridad Alimentaria del Quiché.

Apoyo a FAO en la elaboración de propuesta de proyecto sobre Huertos integrales comunitarios.

Apoyo técnico a DIGESA en la revisión de proyectos productivos comunitarios

Apoyo técnico a instituciones nacionales en la elaboración del Plan nacional para el control de las deficiencias de micronutrientes.

#### 2.4 Apoyo Regional

### 3. Recursos Financieros (APB y PTC)

#### 3.1 Presupuestarios

#### 3.2 Extrapresupuestarios

Proyecto "Aumento de la disponibilidad y consumo de alimentos" financiado por el gobierno de Suecia.

US \$ 24,000.00

Proyecto de Fortalecimiento institucional.

US \$ 11,000.00

#### 3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1993)

Asignado 35,000.00 US \$ (100%)

Obligado 35,000.00 US \$ (100%)

Gastado 22,000.00 US \$ ( 63%)

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante (Apoyaran la información general de la Representación)

Apoyo para el establecimiento de relaciones con nuevas autoridades nacionales

2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995

(Aspectos importantes que pueden influir en la Cooperación técnica del Programa)

Se prevee un disminución de actividades debido al cambio de autoridades nacionales y al período de elecciones en 1995. Los programas de producción de alimentos continuarán dando más importancia a los productos para la exportación y no a la producción local de alimentos; asimismo debido a problemas como el cólera, se continuará dando importancia al mejoramiento de las condiciones de producción de alimentos tanto en su parte de calidad como en higiene.

3. Presupuesto 1994-1995

Para este período habrán finalizado los proyectos que actualmente dan financiamiento a estas actividades, debiéndose buscar nuevas fuentes de financiamiento.

Asignado  
Requerido

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Departamento de Nutrición y Alimentación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Dirección General de Servicios Agrícolas, del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación

3. Dirección General de Servicios Pecuarios, del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
4. Proyecto HOPE
5. Programa de Seguridad Alimentaria del Quiché
6. SEGEPLAN
7. PRODERE

## 2. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN PROCESOS DE DESARROLLO

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Alimentación y Nutrición en Procesos de Desarrollo
2. División: HPP Promoción y Protección de la Salud
3. Responsable: Grupo Técnico Básico - GTB/INCAP
4. Consultores / Colaboradores: Licda. Alexandra Praun  
Licda. Mara de Galindo  
Lic. Anselmo Aburto (sede INCAP)  
Ing. Arnoldo García
5. Apoyo administrativo al Proyecto: Secretaria ejecutiva: Sra. Carolina de Samayoa  
Secretaria administradora: Sra. Gloria de Abril  
Administración de la Representación de OPS
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:  
Con proyectos:  
HMP Materno Infantil; HRD Desarrollo de Recursos Humanos; Desarrollo de Servicios
  - 6.2 Interagencial  
Comunidad Económica Europea; GTZ, CARE, Misión de AID
  - 6.3 Entre países

b. CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:

1. Problemas principales del país en relación al Proyecto:

Las poblaciones postergadas de Guatemala, ubicadas en las áreas rurales y urbano marginales muestran altos índices de desnutrición acompañada de condiciones deficientes de vida, como producto de la pobreza extrema, entre ellas:

Pobre acceso a una alimentación adecuada en cantidad y calidad;

Ingresos inferiores al costo de la canasta básica de alimentos;

Frecuentes enfermedades infecciosas en niños de edad preescolar, que disminuyen el aprovechamiento biológico de los nutrientes ingeridos;

Limitada orientación a la población sobre el manejo y consumo de alimentos.

Por otra parte, los procesos de formación y desarrollo de recursos humanos especializados en ciencias de la nutrición y la alimentación, así como la incorporación de elementos de estas ciencias en otras carreras afines, en la actualidad tienen un ritmo de producción de técnicos con conocimientos apropiados que es inferior a las necesidades de las instituciones responsables de la respuesta social a la problemática antes descrita.

Existe también una distorsión en el mercado laboral para personal especializado, entre las necesidades y la capacidad de pago de salarios en las instituciones del Estado.

La educación alimentaria nutricional que realizan diferentes instituciones, dirigida a la población también muestra deficiencia en cuanto a sus enfoques, cobertura e impacto. A nivel de la educación primaria, se han desarrollado esfuerzos para introducir objetivos y contenidos sobre salud, alimentación y nutrición en el curriculum, sin embargo no se ha capacitado a los maestros para la ejecución de actividades docentes ni se ha elaborado material de apoyo para facilitar las acciones educativas.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Proyecto

Las prioridades nacionales de cooperación técnica responden a los lineamientos dados por:

El Plan de Acción de Desarrollo Social 1992-1996 1997-2000, SEGEPLAN, febrero 1992 se define un componente de Alimentación y Nutrición el cuál establece objetivos, políticas, acciones y metas.

Las políticas, estrategias y objetivos del Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural (MINDES) cuyo propósito es promover el desarrollo integral de las personas y grupos sociales mediante su coparticipación en las acciones tendientes a mejorar sus condiciones de vida.

Las políticas de salud del avaladas por el Consejo Nacional de Salud, que incluyen una política de promoción de prácticas alimentarias adecuadas a la población con componentes de difusión de programas educativos, control de calidad de alimentos y vigilancia del estado nutricional de la población.

### 3. Ejes de Cooperación Técnica

Fortalecimiento de las acciones de socioeconomía alimentaria, políticas, planes, programas y vigilancia alimentaria nutricional; educación y seguridad alimentaria nutricional.

## c. **EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

### 1. General:

#### Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas

Las actividades del proyecto se rigen por las orientaciones estratégicas al realizarse a nivel local focalizadas en la región que concentra a la población de mayor riesgo nutricional, tendiendo al desarrollo de SILOS al integrar a Ministerios como Desarrollo y Educación en un enfoque multisectorial, para el desarrollo de acciones de alimentación y nutrición.

Se incorpora la participación de la mujer en proyectos productivos orientados a la capacitación para el mejoramiento de ingresos familiares y educación alimentaria nutricional.

Se apoya técnicamente la generación de procesos locales de seguridad alimentaria y nutricional con participación de organizaciones comunitarias.

También se han programado actividades de educación alimentaria nutricional a ser desarrolladas con la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Escuela de Nutrición, y con las escuelas primarias.

### 2. Progreso:

#### 2.1 Problemas encontrados en la ejecución

A nivel de contrapartes: mínimo apoyo logístico de los niveles centrales hacia los niveles locales, falta de desconcentración de los recursos.

Falta de estabilidad del personal local, en las instituciones contrapartes.

A nivel del Proyecto: falta de fondos para gastos de operación del GTB.

#### 2.2 Avance hacia el logro de los resultados más importantes

Se encuentra en proceso la transferencia de tecnología para la planificación, ejecución y monitoreo de acciones de seguridad alimentaria a personal de nivel local del Ministerio de Desarrollo, para impulsar procesos locales en este campo.

Se ha iniciado un proceso de planificación estratégica en la Escuela de Nutrición y se ha realizado la promoción para la Maestría en Alimentación y Nutrición.

### 2.3 Grado de avance (evaluación I PTC, 1993)

Perfiles de 44 proyectos integrales comunitarios, que incluyen componente alimentario y nutricional, elaborados por organizaciones comunitarias de Quetzaltenango están en fase de negociación para financiamiento por la Embajada de Holanda.

Con base al documento "Vigilancia Alimentaria Nutricional Comunitaria para el Desarrollo Humano (VANC)", se ha iniciado la implementación de estos sistemas en 12 organizaciones comunitarias de Quetzaltenango.

Se está apoyando a 18 comunidades de la parte sur de Huehuetenango en la planificación de acciones de seguridad alimentaria y de salud materno infantil como parte de procesos de desarrollo comunitario.

Se está en fase de planificación de la capacitación de técnicos MINDES y representantes comunitarios de Quetzaltenango y Huehuetenango.

Se ha elaborado la versión final de guías para la educación alimentaria nutricional, para personal de nivel local.

### 2.4 Apoyo Regional

#### 3. Recursos Financieros (APB y PTC)

##### 3.1 Presupuestarios

##### 3.2 Extrapresupuestarios

(1) Gobierno de Francia US \$ 5000.00

(2) Misión AID/GUT US \$ 5553.00

Gobierno de Suecia puestos de funcionarios

(3) Proyecto de Fortalecimiento Institucional del INCAP, AID/ROCAP US \$ 8500.00

##### 3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1993) NO INCLUYE SALARIOS:

	(1)	%	(2)	%	(3)	%
Asignado	\$5000.00	100	\$5553.00	100	\$8500.00	100
Obligado	\$5000.00	100	\$5553.00	100	\$8500.00	100
Gastado	\$ 786.45	20	\$1944.20	35	\$2146.36	25



**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del Representante

Relación con las nuevas autoridades de los Ministerios de Salud, Educación, Desarrollo y, de Agricultura aunque no ha cambiado.

Búsqueda de financiamiento OPS para becas para la Maestría en Alimentación y Nutrición de INCAP para 1994.

2. Evolución prevista del sector en el período 1994 - 1995:

El cambio de autoridades de las principales contrapartes, producto de el cambio de autoridades centrales del país, podrían provocar cambios en las políticas y orientaciones actuales así como baja ejecución de las actividades programadas.

El año 1995 habrá elecciones generales en el país y eso desvía la atención de las contrapartes y restringe el avance de programas y proyectos a nivel nacional.

3. Presupuesto 1994 - 1995:

Asignado

Requerido

A nivel del INCAP, el financiamiento para el período es limitado por la finalización del proyecto de Fortalecimiento Institucional apoyado por AID, al igual que los proyectos apoyados por los Gobiernos de Francia y Suecia, que son las actuales fuentes financieras del GTB.

A nivel de la sede del INCAP se están desarrollando actividades específicas de búsqueda de financiamiento para fortalecer un fondo de fideicomiso y en septiembre se celebrará una reunión de donantes

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural (MINDES)
  - Nivel Central: Departamento de Promoción Social
  - Nivel Departamental: Equipos Departamentales MINDES de Quetzaltenango, Huehuetenango y Quiché.

2. Ministerio de Educación
  - Nivel Central: Departamento de Alimentación y Nutrición Escolar
  - Nivel Regional: Director Regional Región VII; Supervisores de DANE
  
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
  - Nivel Central: Departamento de Nutrición y Alimentación, departamento de Salud Escolar. División de Recursos Humanos,
  - Nivel Regional: Jefaturas de area de Huehuetenango y El Quiché
  
4. Universidad de San Carlos de Guatemala
  - Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Escuela de Nutrición
  
5. PRODERE
  - Programa de Seguridad Alimentaria de El Quiché -PROSAQ-

**CONTROL DE ENFERMEDADES  
TRANSMISIBLES**

# CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

## A. ANALISIS DE LA SITUACION

### Red de Laboratorios:

Las epidemias de S. disenterías A-1 y la presencia de *Vibrio cholerae* pusieron de manifiesto que el país no cuenta con un laboratorio de referencia adecuado no sólo en equipamiento o en aspectos de espacio, normas y procedimientos, sino también con un deficiente control de calidad tanto de tipo interno como externo. La misma deficiencia se observa en cuanto al personal ya que su número es escaso y no poseen una especialidad para atender las diferentes áreas como parasitología, bacteriología, micrología, etc.

Tampoco las autoridades de salud han reconocido el importante papel de los laboratorios en la vigilancia epidemiológica. Estos factores limitan al laboratorio del Ministerio de Salud para que pueda atender en forma oportuna las epidemias que se presentan, especialmente en referencia al aislamiento e identificación del agente etiológico.

La red de laboratorios distribuidos en las áreas de salud se encuentra en precarias situaciones, especialmente en aquellos hospitales que ofrecen la mayoría de los servicios.

Otra de las preocupaciones es el escaso o ningún control en los Bancos de Sangre, ya que a los donantes no se les practica de rutina una batería de exámenes tan importante como: Sífilis, Hepatitis, HIV y Enfermedad de Chagas.

### Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)

- a. **MALARIA** : La situación epidemiológica de la malaria indica que para los últimos 15 años, Guatemala ha presentado un promedio anual de 57,829 casos de malaria. En 1991, a pesar que se incrementó al presupuesto de la División de Malaria, paradójicamente hubo un incremento de 16,118 casos con respecto a los diagnosticados en 1990.

El mayor número de casos proviene de la zona norte del país (Huehuetenango, Alta Verapáz, Izabal, El Quiché y El Petén); este último departamento (REGIÓN VIII) aportó en 1991 un 23.4% del total de casos del país, siguiendo los de Alta Verapáz y Baja Verapáz (Región II) con un 23.1%.

Además es importante mencionar que el programa de malaria funciona de manera vertical, sin ninguna o muy poca participación de los servicios de salud. Su transición a un programa de control aun es muy lento, prevaleciendo rasgos de actividades propias de los programas de erradicación.

- b. **DENGUE:** Desde la aparición del dengue en Guatemala en 1978 ha habido un incremento en el número de casos y de serotipos, existiendo en la actualidad los serotipos 1,2 y 4 además de la presencia del A.aegypti en un 80% de los 22 departamentos de la república. Al igual que malaria, la vigilancia del Aedes está muy poco integrada a los servicios de salud y se observa poca participación de la comunidad para la eliminación de criaderos potenciales del A.aegypti.

Una dificultad más es la falta de un laboratorio para el aislamiento e identificación viral y estudios seroepidemiológicos.

Cabe mencionar que, recientemente, debido a la aparición de casos sospechosos de Dengue Hemorrágico, se ha puesto en evidencia la necesidad de incrementar los conocimientos del manejo clínico adecuado de estos casos a nivel hospitalario.

- c. **TUBERCULOSIS:** El programa de Tuberculosis de Guatemala, a pesar del éxito que han tenido las evaluaciones de las cohortes de los tratamientos acortados, tiene el problema de una escasa pesquisa biciloscópica lo que refleja que el componente del laboratorio da poco apoyo a la vigilancia epidemiológica, así como poca participación de los hospitales y epidemiólogos de las áreas de salud.
- d. **ONCOCERCOSIS Y LEPRO:** Ambos programas tienen algunas características en común, por ejemplo, la poca o nada participación de los servicios de salud en la vigilancia y control de estas enfermedades. Sin embargo, se encuentran dentro del programa de enfermedades erradicables de acuerdo a la XVI resolución del Consejo Directivo de la OPS. Para ello se cuenta con factibilidad técnica para lograr esta meta que se propusieron los países de las Américas.
- e. **ENFERMEDAD DE CHAGAS Y LEISHMANIASIS:** Para ambas no existen programas establecidos que velen por la vigilancia y control, como tampoco una notificación compulsoria por parte de los servicios de salud que permita una mejor cuantificación y delimitación del problema.

## **B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES**

## **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

De acuerdo a los problemas identificados anteriormente, las autoridades nacionales han solicitado cooperación técnica en las siguientes áreas:

1. Desarrollar la capacidad gerencial, técnica y operativa en los programas de Enfermedades Evitables (EE), especialmente en aquellas transmitidas por vectores (malaria, chagas, leishmaniasis y dengue).
2. Mejorar la capacidad de análisis de la situación de las EE a nivel de región, área, municipio y si fuera posible a nivel de localidad, implementando el enfoque epidemiológico por prioridades de riesgo.
3. Promover la participación activa de la comunidad en el control de las ETV mediante asignación de responsabilidades, difusión de información y actividades educativas.
4. Readecuar el laboratorio de referencia y apoyar el fortalecimiento de la red de laboratorios.
5. Fortalecer y revisar el sistema de información de las EE.
6. Promover en los programas de Enfermedades Transmisibles, actividades periódicas de evaluación y supervisión para determinar el cumplimiento de las normas establecidas.
7. Promover y contribuir con la distribución de información técnico-científica de las principales Enfermedades Transmisibles.

## **D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION**

El Programa de Control de las Enfermedades debe considerarse dentro del contexto de la estrategia de la Atención Primaria en Salud y de acuerdo con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS para el cuadrigenio 93-96.

Por lo tanto, las acciones encaminadas al fortalecimiento de la capacidad nacional se orientarán así:

- a. En cuanto a la reorganización del sector salud es importante considerar que una de sus metas debe ser una efectiva descentralización de las acciones de

prevención y control. Los programas verticales, aunque efectivos en algunas circunstancias, son económicamente imposibles de mantener hoy día.

- b. La focalización de las acciones en grupos de riesgo están basadas en el concepto de estratificación epidemiológica lo cual será un elemento fundamental para orientar las medidas específicas de intervención.
- c. Dentro del marco amplio del concepto de promoción de la salud, el énfasis será puesto en el mejoramiento de la vivienda y su entorno y en el saneamiento ambiental. La población blanco serán las mujeres y niños de edad escolar, por ser las principales víctimas de las viviendas inadecuadas y el potencial que ambos grupos tienen como agentes de cambio.
- d. Con relación a la administración del conocimiento, la recolección, análisis y difusión del mismo será el eje que permita presentar alternativas de intervención para seleccionar aquellas técnicamente adecuadas, económicamente factibles y socialmente aceptables.
- e. En cuanto a la comunicación social, la acción de propaganda de la salud que tenga por objetivo la prevención de las enfermedades transmisibles, se llevará a cabo difundiendo y promoviendo la información relevante ante las distintas audiencias, utilizando los medios de comunicación masivos y los instrumentos disponibles de educación para la salud.

## **E. COMPONENTES DEL PROGRAMA**

### **1. PLAN TRIENAL MALARIA.(GUT-MAL-100)**

#### **a. ASPECTOS GENERALES:**

1. Nombre del Proyecto: Plan Trienal Malaria.
2. División: HPT
3. Responsable: Ing. José Rubén Gómez, STC/MAL.
4. Consultores Colaboradores:
5. Apoyo Administrativo al Proyecto: Srita. Patricia de León.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:

Existe una relación y coordinación con el proyecto de apoyo a laboratorios y con el apoyo a los programas de Chagas y Leishmaniasis.
  - 6.2 Interagencial:
  - 6.3 Entre Países:

El plan trienal Malaria es un proyecto regional concebido por los países de América Central para apoyar la ejecución de programas de prevención y control de la Malaria bajo la estrategia de integración de las acciones a nivel local.



**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. El problema principal del País en relación del proyecto lo constituye la falta de una programación de las actividades del proyecto en base a las necesidades sentidas del nivel local. La estructura y funcionamiento vertical de la División de Malaria (Contraparte Nacional) dificulta la entrega de la cooperación al nivel correspondiente.
2. Las prioridades nacionales de cooperación Técnica del proyecto se resumen en los componentes siguientes:
  - 2.1 Desarrollo de la capacidad Gerencial.
  - 2.2 Mejorar la capacidad de análisis de la situación de malaria a nivel regional, áreas y localidad.
  - 2.3 Promover la participación de la comunidad en el control de la Malaria.
3. Ejes de la Cooperación Técnica del Proyecto:
  - 3.1 La incorporación de actividades de prevención y control de la malaria a los sistemas locales de salud.
  - 3.2 La administración del conocimiento epidemiológico basados en la estratificación y ponderación de los factores de riesgo.
  - 3.3 Fortalecimiento de la participación social y coordinación con sectores de desarrollo nacional.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Su condición de ser un proyecto subregional permite cumplir con dos jornadas de evaluación al año. En ellas se facilita el análisis de los resultados del proyecto en forma general y además para cada uno de los países. Las líneas de programación y presupuesto para el siguiente año se documentan en una de estas reuniones. El proyecto en Guatemala no alcanza todavía niveles óptimos de ejecución técnica, no obstante los esfuerzos que se hacen para superar los problemas de programación.

2. Progreso:

2.1 Los problemas de ejecución son técnicos y están basados en la falta de congruencia existente entre el fin, propósitos y resultados del proyecto y su relación con las actividades que se programan en algunos componentes del mismo.

2.2 El proyecto avanza hacia la consolidación del proceso de integración de malaria a nivel local, tomando en consideración una prueba de campo que se efectúa en la región mas malarica del país.

Dentro de este enfoque se incluye el desarrollo de todos los componentes del proyecto para conocer resultados a corto plazo y replicar la experiencia en otras regiones Sanitarias.

2.3 El proyecto en el primer período cuatrimestral no contó con un programa específico de acciones. Demandas provenientes de la contraparte nacional fueron atendidas con algunas dificultades.

2.4 El conocimiento amplio de los que se planifica y desarrolla en el resto de la región ha facilitado la identificación de componentes que están sujetos a la cooperación interpaíses, la cual se da con la visita de funcionarios nacionales y atención de técnicos en visita al país.

3. Recursos Financieros.

3.2 Extrapresupuestarios. \$U.S. 346890.00

3.3 Asignado: \$U.S. 180972.00  
Obligado: \$U.S. 68707.78  
Gastado: \$U.S. 51688.05

d. **PROYECCIONES:**

1. El proyecto constituye una fuente de apoyo muy importante para la gestión nacional, por lo que para no perder de vista cual es el enfoque de esta cooperación se debe contar con un asesor técnico permanente.
2. El proyecto está en el segundo año de funcionamiento, y a fines de 1994 se espera haber concluido con el desarrollo de los componentes del plan de integración en las regiones prioritarias por malaria.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Dr. Edgar Huertas, Jefe de la Div. Malaria, MINSALUD
2. Dr. Carlos Yax, Jefe programa malaria, Div. Mal, MINSALUD.

## 2. PROYECTO TUBERCULOSIS

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Vigilancia y control de la Tuberculosis.

2. División: HPT

3. Responsable: Ing. José Rubén Gómez. STC/MAL

4. Consultores Colaboradores:

5. Apoyo Administrativo: Srita. Patricia de León.

6. Coordinación:

6.1 Interprogramática:

Coordinación con el programa de apoyo a laboratorio.

6.2 Interagencial:

6.3 Interpaíses:

El proyecto está vinculado con los compromisos regionales de reducción de la morbilidad por tuberculosis.

**b. CAMPOS DE ACCION DEL PROYECTO**

1. El problema principal del país en relación al proyecto es la escasa pesquisa baciloscópica, lo que refleja que el componente de laboratorio da poco apoyo a la vigilancia epidemiológica, así como poca participación de los hospitales y epidemiólogos de las áreas de salud.
  
2. Las prioridades Nacionales de cooperación Técnica del proyecto son:
  - 2.1 Mejorar la capacidad de detección y análisis epidemiológica de la tuberculosis en las instancias regionales.
  - 2.2 Reforzar la red de laboratorios en las diversas regiones del país.
  
3. Ejes de la cooperación Técnica del proyecto:
  - 3.1 Capacitación de médicos de hospitales y epidemiólogos regionales y de aérea.
  - 3.2 Investigación operativa.
  - 3.3 Desarrollo del diagnóstico de T.B. en las regiones.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

El proyecto cumple con las acciones programadas en un porcentaje de ejecución superior al 80% en las áreas prioritarias identificadas por el País.

2. Progreso:

2.1 No existen mayores problemas técnicos de ejecución del proyecto, gracias al conocimiento amplio de los componentes y resultados esperados por parte de la contraparte nacional.

2.2 En los componentes de diagnóstico e investigación operativa se presentan los mayores logros del proyecto.

2.3 En el primer PTC se ejecutaron actividades relacionadas con la continuación de la investigación del estudio de Sida en pacientes de T.B. y se apoyo la evaluación de cohortes del programa nacional de Tuberculosis.

2.4 La cooperación interpaíses se ha visto estimulada en las reuniones de evaluación regional, especialmente en las discusiones técnicas de las estrategias de control de la T.B.

3. Recursos Financieros.

3.1 Presupuestarios: \$USA 25000.00  
Asignados:  
Obligados  
Gastados:

d. **PROYECCIONES:**

1. No se plantea ninguna acción inmediata del representante.
2. En el período 1994-1995 se espera consolidar al final del período el enfoque estratégico de manejo de la T.B. apoyando los planes nacionales de Capacitación para la detección y seguimiento de casos de T.B. así como la Investigación basada en la necesidad de conocer aspectos clínicos de la enfermedad y su relación con otras enfermedades transmisibles.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

### 3. PROYECTO CHAGAS Y LEISHMANIASIS

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis.
2. División: HPT
3. Responsable: Ing. José Rubén Gómez S. STC
4. Consultores Colaboradores:
5. Apoyo Administrativo: Srta. Patricia de León.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática.  
El proyecto tiene una relación de Coordinación con el programa de apoyo a Laboratorios.
  - 6.2 Interagencial.
  - 6.3 Entre Países.

Las estrategias de control están sujetas a los principios de la OPS/OMS al considerar a la enfermedad de Chagas como sujeta a una posible erradicación. Las estrategias fueron adoptadas por todos los países de la región.



**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. El problema principal del país en relación al proyecto es que los resultados que se obtienen del mismo no son completamente aprovechados en beneficio de la gestión del programa nacional de control de Chagas y leishmaniasis.
2. Las prioridades nacionales de cooperación Técnica del proyecto son:
  - 2.1 Desarrollar la capacidad de conducción de el Problema Chagas y Leishmaniasis a nivel nacional.
  - 2.2 Promoción de la investigación operativa de la enfermedad de Chagas y Leishmaniasis.
3. Ejes de la cooperación Técnica del proyecto:
  - 3.1 Elaboración de un diagnostico de la situación de estas enfermedades (conocimiento de la magnitud y localización)

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Se marcha hacia la culminación de la primera fase del plan de conocimiento de la magnitud de los problemas de Chagas y leishmaniasis.

2. Progreso:

2.1 Los problemas de ejecución del proyecto están vinculados con la poca intervención que tiene el Ministerio de Salud en la ejecución de estos proyectos de investigación.

2.2 El conocimiento mas amplio del problema esta sujeto a la investigación operativa sobre Chagas en Bancos de Sangre que se desarrolla en Coordinación con la USA y el estudio sobre leishmaniasis con la Universidad del valle.

2.3 En el primer cuatrimestre se logró avanzar con el estudio de Chagas en donadores pero esta pendiente de iniciar el estudio de Leishmaniasis. A pesar que el proyecto lo plantea no se podido continuar el apoyo a la organización y funcionamiento del programa de Chagas adscrito a la división de Malaria.

2.4 El apoyo del programa de control de Chagas de Honduras ha sido fundamental para los trabajos que se hacen en el país en 1993.

3. Recursos Financieros.

3.1. Presupuestarios: SUS 11000.00

3.3 Asignados:

Obligado

Gastado:

d. **PROYECCIONES:**

1. No se plantea ninguna acción inmediata del representante.
2. La ubicación del programa de control de la enfermedad de Chagas y Las leishmaniasis obligará al proyecto ubicar fondos adicionales para apoyar la gestión nacional de funcionamiento del programa.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Dr. Edgar Huertas, Jefe División malaria.
2. Dr. Carlos Padilla, jefe programa Chagas y Leishmaniasis.
3. Lic. Vivian Mata, USA
4. Lic. Flora Arana, Univ. Del Valle.

## 4. PROYECTO DE LABORATORIOS

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Apoyo a la red de Laboratorios.
2. División: HPT
3. Responsable: Ing. José Rubén Gómez STC.
4. Consultores Colaboradores:
5. Apoyo Administrativo al Proyecto: Srita. Patricia de León.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática:

El proyecto apoya a los programas que previenen y controlan problemas de Salud sujetos a diagnóstico.
  - 6.2 Interagencial:
  - 6.3 Entre países: No aplica.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Uno de los problemas principales del país en relación al proyecto es que todavía no existe un reconocimiento de las autoridades del ministerio de salud en cuanto al papel importante de los laboratorios en la vigilancia epidemiológica.
2. Las prioridades Nacionales de cooperación Técnica del proyecto:
  - 2.1 Readecuar el laboratorio de referencia del nivel central para el estudio y control de las enfermedades evitables.
  - 2.2 Reforzar la red de laboratorios regionales.
3. Ejes de la cooperación Externa.
  - 3.1 Diagnostico de la red de laboratorio nacional.
  - 3.2 Capacitación al personal de los laboratorios de área.
  - 3.3 Validar las normas Técnicas de Diagnostico.
  - 3.4 Evaluación de la gestión nacional de desarrollo de la red de laboratorios.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Aunque el proceso de Capacitación continua, todavía no se ha concluido con realizar el diagnostico de la red de servicios de laboratorios en el país.

2. Progreso:

2.1 Los problemas de ejecución están vinculados a la falta de recursos humanos institucionales especializados para atender las diversas áreas como parasitología, bacteriología, micología etc.

2.2 Se está avanzando en la instalación del sistema de control de calidad de los laboratorios del ministerio de salud, aunque se tiene que mejorar la calidad del recurso humano.

2.3 Las acciones del primer PTC de 1993 se programaron de tal manera que se cumplieran las metas de culminar el diagnostico de la red de laboratorios. Un informe final debe ser presentado en los próximos días.

2.4 El apoyo regional se centra en el intercambio de reactivos e información así como la Capacitación en los países de la región de recursos humanos nacionales en el área del diagnostico.

3. Recursos Financieros.

3.1 Presupuestarios. \$US

3.3 Asignado: \$US  
obligado: \$US  
Gastado: \$US

d. **PROYECCIONES:**

1. No se plantea ninguna acción inmediata del representante.
2. Se espera que a fines de 1994 se logre avanzar en una etapa de funcionamiento pleno de los laboratorios de referencia.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Dra. Amelia Flores. Dirección General de Servicios de Salud.

## 5. PROYECTO LEPRA

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Vigilancia y control de la Lepra.
2. División: HPT
3. Responsable: Ing. José Rubén Gómez S.
4. Consultores Colaboradores:
5. Apoyo Administrativo al Proyecto: Srta. Patricia de León.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: No.
  - 6.2 Interagencial:
  - 6.3 Interpaíses: Cumplir con el compromiso regional de eliminación de la Lepra aun corto plazo.



**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. La poca o ninguna participación de los Servicios de Salud en la vigilancia y control de la Lepra constituye el principal problema del país con respecto al proyecto.
2. Las prioridades Nacionales de cooperación Técnica son:
  - 2.1 Mejorar la eficiencia de los servicios de salud en la detección, Diagnostico y atención de la Lepra.
3. Ejes de la cooperación Técnica del proyecto.
  - 3.1 Promover la vigilancia epidemiológica a nivel local.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

La asignación de un presupuesto escaso produce algunos problemas de atención a la demanda técnica y operativa.

2. Progreso:

2.1 Los problemas de ejecución son de tipo técnico ya que en las áreas afectadas no se atiende la demanda de servicios de atención a la Lepra en forma eficiente.

2.2 El proyecto comparte la responsabilidad con el ministerio de Salud de dotar a las regiones de materiales e insumos para atender a los pacientes de lepra.

2.3 En el primer cuatrimestre se adquirieron insumos de apoyo al diagnóstico.

3. Recursos Financieros.

3.1 Presupuestarios. \$US. 3000.00

3.3. Asignado \$US 1100.00  
obligado  
gastado

d. **PROYECCIONES:**

1. No se requiere por ahora alguna acción del representante.
2. En el período 1994-1995 se espera contar con recursos adicionales para un programa regional mas amplio.

e. **DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

## 6. PROYECTO DENGUE

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Proyecto: Plan Trinacional Dengue.
2. División: HPT
3. Responsable: Ing. José Rubén Gómez STC
4. Consultores Colaboradores:
5. Apoyo Administrativo al Proyecto: Srita. Patricia de León
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática.  
Coordinación con las acciones que se programan en el plan trienal Malaria.
  - 6.2 Interagencial:
  - 6.3 Entre Países:  
  
El plan trinacional Dengue es un proyecto formulado para su ejecución en el área fronteriza de Guatemala, Honduras y El Salvador. El marco referencia político del proyecto lo constituye los preceptos y propósitos del plan trifuio.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Los principales problemas del país en relación con el proyecto están vinculados con la falta de conducción de la problemática de Dengue por las regiones sanitarias involucradas en el proyecto.
2. Las prioridades nacionales de cooperación técnica del proyecto son:
  - 2.1 Evitar la dispersión de brotes de Dengue y la disminución del riesgo de surgimiento de casos de Dengue Hemorrágico.
3. Ejes de la cooperación Técnica.
  - 3.1 La incorporación de las acciones de control a los servicios de salud.
  - 3.2 El fortalecimiento de la Vigilancia epidemiológica del dengue en base al diagnostico serologico y aislamiento viral.
  - 3.3 La participación de la comunidad en el proceso de control del problema.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Al igual que el plan trienal malaria, este proyecto esta sujeto a la evaluación regional en dos jornadas al año. El desarrollo del proyecto en el País puede decirse que tiene un alto grado de ejecución administrativa y financiera pero se hace necesario reforzar las acciones a nivel técnico-operativo.

2. Progreso:

2.1 Los problemas de ejecución técnica son producto de la poca participación de los servicios de salud en la identificación de sus verdaderas necesidades y demandas al proyecto.

2.2. El componente de participación social del proyecto continua siendo apoyado por una estructura vertical que funciona tipo campaña. Aunque los grupos que se organizan ejecutan acciones de control estas no son sostenidas.

En el aérea de desarrollo del diagnostico de Dengue se avanza en la instalación de equipo e insumos para consolidar el diagnostico de Dengue.

2.3 La mayoría de las acciones que se programaron en el primer cuatrimestre se transfirieron al PTC-II debido a que los recursos financieros 1993 fueron entregados en el mes de mayo y que los saldos de 1992 no fueron ejecutados en los primeros meses.

2.4 La necesidad de incorporar nuevas técnicas de control y diagnostico del Dengue mas la naturaleza misma del proyecto demanda la cooperación entre pises de la región.

3. Recursos Financieros.

3.2 Extrapresupuestarios. \$US 266709.00

Asignado:\$US 103805.18

Obligado:\$US 22747.12

Gastado :\$US 11301.38

**d. PROYECCIONES:**

1. El proyecto Dengue es parte del desarrollo intersectorial del área postergada de la frontera de los tres países. El representante de OPS podría gestionar ante el resto de los países involucrados el seguimiento al cumplimiento de los acuerdos políticos y técnicos de las reuniones de Esquipulas.
2. Entre 1994-95 podrán evaluarse resultados basados en programa de prevención y control del Dengue formulados y ejecutados desde el nivel local.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES.**

1. Dr. Edgar Huertas, División de malaria.
2. Dr. Carlos Quijivix, Jefe programa Dengue.
3. Lic Pedro Molina, Depto Anti aedes.
4. Dra. Lucrecia Escalante, Laboratorio Dengue.

***PROGRAMA AMPLIADO DE  
INMUNIZACIONES***



# PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

## A. ANALISIS DE LA SITUACION

### DEMOGRAFIA

Guatemala cuenta para 1993 con una población de 10,055,401 habitantes, de los cuales 1,714,644 son menores de 5 años (364,687 < 1 año), 4,502,881 menores de 15 años, y 1,991,605 mujeres en edad fértil (MEF).

### INDICADORES

Este programa fue implementado paulatinamente en el país a partir de 1982. En 1985 las coberturas de vacunación en menores de un año para los diferentes biológicos no superaban el 10%, pero para 1990 éstas cifras habían aumentado a más del 60%.

De la misma forma, la morbi-mortalidad por las diferentes enfermedades inmunoprevenibles, se ha visto disminuida de manera importante, no habiendo sido reportados casos de poliomielitis paralítica secundaria a poliovirus salvaje desde Septiembre de 1990, así como tampoco casos de difteria desde 1991.

Desde el compromiso asumido por Guatemala de erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje junto a los otros países de la Región, la notificación de las enfermedades inmunoprevenibles y las acciones de control epidemiológico han mejorado sustancialmente, principalmente en lo que se refiere a las parálisis flácidas de inicio agudo (PFA) en menores de 15 años, así como también la notificación de casos de tétanos neonatal (TNN). Estas se han tomado como ejemplo para la implementación futura de actividades similares para el resto de las enfermedades objeto del PAI.

Entre las acciones desarrolladas para lograr éstos indicadores, se puede mencionar principalmente a:

1. Vacunación institucional: con énfasis a disminuir las oportunidades perdidas de vacunación y utilizando estrategias adaptadas a la realidad local.
2. Jornadas Nacionales de Vacunación (JNV): 2 jornadas anuales desde 1986;
3. Vacunación casa-a-casa en municipios de riesgo (actividad basada en la programación local y descentralización de recursos);

- 3.1 Operación Barrido: vacunación casa-a-casa administrando vacuna antipoliomielítica (VOP) al 100% de menores de 5 años y los otros biológicos del PAI a susceptibles en el mismo grupo etéreo residentes en municipios de alto riesgo, y
- 3.2 barridos sanitarios (actividad similar a la anterior brindando además educación sanitaria para la prevención del cólera y diarreas en general a la población).

A partir de 1990, en base al compromiso asumido de eliminar el TNN para 1995, se implementa la vacunación de MEF con toxoide tetánico (TT) en las JNV en los municipios considerados de riesgo para ésa enfermedad, y a partir de 1991, también durante las diferentes actividades de vacunación; se reforzó la vacunación en embarazadas a partir del primer contacto con los servicios de salud en el resto del país. Actividades de control de brotes fueron iniciadas en 1992 con la notificación e investigación inmediata de todo caso reportado.

En 1991 los Ministros de Salud de la Región Centroamericana determinan eliminar la transmisión del virus salvaje del sarampión para 1997, decisión que es ratificada en la Cumbre de Presidentes Centroamericanos en Diciembre de ése mismo año. A raíz de ésta iniciativa, los países de la Región inician la I Fase del proceso de eliminación vacunando la población escolar (5-15 años), actividad que es realizada en Guatemala del 21/09 al 02/10 de 1992 cuando se vacunaron mas de 1 millón de niños en toda la República. Al finalizar el año únicamente habían sido reportados 93 casos de la enfermedad, la cifra más baja observada en los últimos 20 años.

## FACTORES QUE AFECTAN LA COBERTURA

A pesar de los logros alcanzados, las coberturas de vacunación continúan siendo críticas. En 1991 la cobertura en menores de 1 año con VOP bajó de 74% a 69%, la vacuna antisarampionosa sufrió un retroceso de 68% a 48% y la antituberculosa (BCG) de 61 a 43%.

Aunque se mencionó a la epidemia de cólera como responsable por la disminución de la cobertura de vacunación, la principal restricción que continúa afectando el programa lo constituye el problema del financiamiento precario de la red de servicios de salud pública, así como también la falta de accesibilidad a los servicios de salud por mas de la mitad de la población.

La crisis de mantenimiento y transporte, así como la precaridad de la red de frío constituyen obstáculos para cumplir con las metas propuestas por el programa.

La cobertura del servicio de salud es mas elevada en las zonas urbanas, quedando secciones de las zonas rurales y áreas marginales donde vive aproximadamente 40-50% de la población, con dificultad de acceso a los servicios. La cobertura del Seguro Social (IGSS) en inmunizaciones no supera el 15%, siendo importante en la Región Metropolitana donde llega a cubrir entre un 20-30% de la población. Sin embargo intentos por establecer una sola entidad operativa, al menos en el área de inmunizaciones, no han tenido el éxito deseado.

## **B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES**

### **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

La OPS continuará proporcionando cooperación técnica en los siguientes prioridades nacionales identificadas por el MSPAS:

- a. Reducción de la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunación a través del incremento y mantenimiento de las coberturas por arriba del 80% para VOP, DPT, BCG y vacuna antisarampionosa en menores de un año, y TT en MEF.
- b. Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis;
- c. Consolidación del proceso de Eliminación del TNN;
- d. Implementación y consolidación del proceso de Eliminación del Sarampión;
- e. Control y/o eliminación de la difteria y pertussis;
- f. Control de la tuberculosis.
- g. Implementar un sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica para las enfermedades inmunoprevenibles a nivel local.

## **D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION**

La cooperación técnica en respuesta a éstas prioridades nacionales, apoyará los proyectos en base a los siguientes cuatro componentes estratégicos:

- Apoyo técnico para la programación local;
- Fortalecimiento de la descentralización técnica y financiera hacia los niveles operativos, y contribuir a la transformación de los procesos de salud en apoyo a los SILOS;
- Promoción integral de la Salud;
- Control y/o eliminación de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunación, a través del establecimiento de una Vigilancia epidemiológica activa, y
- Coordinación interagencial, intersectorial e interpaís.

En respuesta a éstas prioridades y en vista de la actual situación económica del país, la movilización y búsqueda de recursos se constituirá en un aspecto muy importante de la cooperación técnica. Se prestará atención a los compromisos ya obligados, así como a la identificación de otros recursos nacionales e internacionales.

Dando continuidad al proceso de descentralización y reforzamiento de los SILOS, la cooperación técnica brindará mas apoyo a las actividades de vacunación basadas en la programación local, haciendo énfasis en el reconocimiento de las áreas prioritarias para un mejor aprovechamiento de los recursos (municipios o localidades con bajas coberturas de vacunación y/o casos confirmados de enfermedades inmunoprevenibles); asimismo, se apoyará el proceso de recopilación, análisis y difusión de la información para el ajuste de las políticas y decisiones locales y nacionales del programa.

Se promoverán también actividades de diseminación de información a través de los diferentes medios de comunicación, tanto a nivel nacional como a nivel local, con el objetivo de incrementar el conocimiento del público en relación a las vacunas y disminuir las oportunidades perdidas de vacunación.

Además se llevarán a cabo actividades de capacitación permanente y actualización para mejorar la capacidad técnica y administrativa del personal de salud del nivel operativo, institucionalizando un sistema de vigilancia epidemiológica activa a nivel local.

## ACTIVIDADES.

Incremento y mantenimiento de las coberturas.

Propósito. Reducir la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles a través del incremento de las coberturas de vacunación para todos los biológicos del PAI.

Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis.

Propósito. Certificar la erradicación de la poliomielitis de Guatemala.

Eliminación del Tétanos Neonatal.

Propósito. Eliminar la ocurrencia de casos de TNN para 1995 de Guatemala.

Eliminación del Sarampión.

Propósito. Eliminar la circulación del virus salvaje del Sarampión de Guatemala para 1997.

Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica.

Propósito. Implementar y reforzar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades del PAI y fortalecer el sistema de información de las coberturas de vacunación, tanto a nivel nacional como local en apoyo a los compromisos-meta establecidos por el MSPAS.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Programa ampliado de Inmunizaciones
2. División
3. Responsable: Dra. Cristina Da Cunha
4. Consultores, Colaboradores: Dr. Jorge Mario Luna,  
Dr. Osmin Reina,  
Dr. Jorge Mario Sierra,  
Dr. Julio Hernández.
5. Apoyo Administrativo: Sra. Nora Raxtum de Cifuentes  
Sra. Aura Andrade
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: PRODERE, Epidemiología, Desarrollo de los Servicios de Salud, Proyecto Subregional y Bilateral de Ingeniería y Mantenimiento de la Cooperación Holandesa, Materno Infantil, INCAP.
  - 6.2 Interagencial. MSPAS, IGSS, UNICEF, INCAP, AID, CLAPP & MAYNE, CLUB ROTARIO, COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA, FNUAP, COOPERACION ESPAÑOLA, COOPERACION ITALIANA, AGENCIA SUECA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL, DIFERENTES ONG'S.
  - 6.3 Entre Países: Todos los países Centroamericanos y México.  
Asociación Trinacional México, Belice y Guatemala.  
Plan Trifinio: Guatemala, El Salvador y Honduras.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas principales del país en relación al Programa.
  - 1.1 La principal restricción que afecta el programa constituye la estructura y el financiamiento precario de la red de servicios de salud pública, quedando mas de la mitad de la población sin acceso a los servicios de salud.
  - 1.2 Alto índice de oportunidades pérdidas de vacunación, tanto a nivel primario y hospitalario.
  - 1.3 Precario sistema de monitoreo y supervisión del mantenimiento de la cadena de frío.
  - 1.4 Escasez de recursos humanos (personal de enfermería) y transporte para la movilización de personal a nivel local.
  - 1.5 Algunas situaciones coyunturales que desvían la atención en los servicios de salud, como por ejemplo: la epidemia del cólera, movilidad funcionaria y cambios de autoridades nacionales.

2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica

El control y/o eliminación de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunación, y el mantenimiento e incremento de los niveles de cobertura para los biológicos del PAI en la población infantil y MEF.

Las prioridades establecidas por el MSPAS son:

- 2.1 Reducción de la morbi-mortalidad de las enfermedades inmunoprevenibles por vacunación a través del incremento y mantenimiento de las coberturas de vacunación por arriba del 80% de todos los biológicos del PAI.
- 2.2 Implementación del Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica para las enfermedades inmunoprevenibles.
- 2.3 Consolidación y Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis;
- 2.4 Eliminación del Tétanos Neonatal para 1995, y
- 2.5 Eliminación de la transmisión autóctona del Sarampión para 1997.

- 2.6 Desarrollar y mantener un adecuado control y mantenimiento de la cadena de frío.
3. Ejes de la Cooperación Técnica
- La cooperación técnica en respuesta a las prioridades nacionales, apoya en:
- 3.1 Control y/o eliminación de la enfermedades inmunoprevenibles por vacunación, a través del establecimiento de un vigilancia epidemiológica activa e implementación de un sistema de información, monitoreo y evaluación del Programa por municipio:
- 3.2 Participar en la elaboración del Plan de Acción Nacional y seguimiento al Convenio Ministerio de Salud, Finanzas y OPS;
- 3.3 Reforzar la descentralización técnica y financiera del programa y la programación local sectorial:
- 3.4 Realizar y estimular la coordinación intra e intersectorial, interagencial e interpaíses,(CII y Reuniones Locales);
- 3.5 En la promoción integral de la salud;
- 3.6 Capacitación permanente en todos los niveles de los servicios de salud, instituciones, Universidad ONG'S, y Otros.
- 3.7 Evaluación y seguimiento del inventario nacional de la cadena de frío.
- 3.8 Investigaciones operativas.
- 3.9 Adquisición de biológicos y suministros a través del Fondo Rotatorio (según convenio Ministerio de Finanzas, Salud Pública y OPS).
- 3.10 Actividades de comunicación social y promoción a nivel local.
- 3.11 Estimular la participación de la comunidad en las actividades del programa.



c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Ha cumplido hasta la fecha con todas actividades programadas en el Plan de Acción y los compromisos internacionales asumidos, principalmente en la ejecución de la Fase de ataque del Plan de Eliminación de Sarampión.

Se ha establecido una fuerte coordinación con las contrapartes nacionales y las diferentes agencias que el apoyan el Programa.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

2.1.1. Deudas pendientes al Fondo Rotario que ocasionó escasez de vacunas y suministros durante los tres primeros meses del año;

2.1.2. Retraso en los desembolsos programadas del Convenio de Cooperación;

2.1.3. La baja cobertura de la vacunación rutinaria en los servicios de salud, con alto grado de oportunidades pérdidas de vacunación.

2.2 Avance hacia el logro de resultados importantes

2.2.1 En relación con la Certificación de la Erradicación de la Polio, el país cumple con los requisitos exigidos por la Comisión Internacional de Certificación.

2.2.2 Se ha implementado la Vigilancia Epidemiológica de todas las enfermedades inmunoprevenibles (Definición de normas, fichas de investigación, notificación semanal negativa e investigación de casos notificados y de brotes, etc.)

2.2.4 Las coberturas de vacunación en menores de un año aún no alcanzaron los niveles útiles de inmunización. Sin embargo, la morbi-mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles ha disminuidos significativamente en los últimos año. La cobertura con BCG es baja debido a escasez de este biológico en el país.

2.2.6 Se encuentra en proceso la implementación de los planes nacionales de eliminación de tétanos neonatal y del sarampión.

2.3 Grado de avance

- 2.3.1 Se ha implementado un sistema de vigilancia epidemiológica activa para sarampión, tétanos neonatal, y la vigilancia de la PFA se mantiene satisfactoriamente.
- 2.3.2 Se realizaron 2 Jornadas Nacionales de Vacunación (Marzo y Abril).
- 2.3.3 Se ha logrado hasta Mayo vacunar el 70% de todos los niños menores de 15 años con vacuna antisarampionosa, que corresponde a la fase de ataque acordado a nivel centroamericano.
- 2.3.4 Se suscribió el Convenio de Cooperación del PAI entre Ministerio de Salud, Finanzas y OPS, se programó transferir a OPS la cantidad de US \$ 1.6 millones.
- 2.3.5 Se llevando a cabo un Plan de Rastreo de Vacunación, para incrementar coberturas, con énfasis en sarampión en áreas de riesgo.

#### 2.4 Apoyo regional

El apoyo técnico y administrativo del nivel regional (HPM/EPI) al Programa Nacional, es excelente, aunque hubo restricciones en el apoyo financiero hubo restricciones al I PTC.

### 3. Recursos Financieros

#### 3.1 Presupuestarios.

Para el I PTC se contaron con los siguientes recursos:

Recursos PWR:	US 19.120.00
Regionales:	US 20.000.00

#### II PTC

Regionales: US 2,500.00

#### 3.2 Extrapresupuestario:

I PTC US 32,000.00

II PTC US 91,000.00

#### 3.3 Porcentaje de Ejecución (Global 1993)

Asignado US 164,620.00

Obligado US 164,620.00

Gastado US 92,787.60

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren la atención inmediata del representante.
  - 1.1 Estimular y participar en las Reuniones del Comité de Coordinación Interagencial, con presencia de autoridades nacionales y representantes de las agencias internacionales, que se realizan bimensualmente.
  - 1.2 Apoyar la programación realizada del BPB 1994-1995, fundamental para la continuidad de la Cooperación.
  - 1.3 Dar seguimiento al Convenio de Cooperación.
2. Evolución prevista del sector en el período 1994-1995.

Si no hay cambios de autoridades nacionales la evolución prevista sigue en el cumplimiento de las Prioridades ya definidas, y compromisos nacionales asumidos.
3. Presupuesto 1994-1995

BPB para 1994 US 60,000.00

Para 1995 no se ha definido.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Dr. Victor Manuel Mérida, Sub Director, DGSS
2. Dr. Otto Zeissig, DVCE
3. Dr. Francisco Salazar, Coordinador PAI
4. Dr. Julio Hernández, Coordinador COPEP
5. Dr. Brenda Contreras,

6. Dr. Marco Vinicio Donis. Jefe Materno Infantil
7. Lic. Jorge Chang, AID
8. Lic. José Peña, Clapp & Mayne
9. Ing. Jorge Sittenfel, Club Rotario
10. Dr. Oscar Liendo. UNICEF
11. Sr. Jean Roberts, Cooperación Sueca
12. Dr. Mauro Gasvarra, PRODERE
13. Cooperación Española
14. Dr. Jean Marie Tromme, Comunidad Económica Europea
15. Dr. Antonio Meza Cuadra, FNUAP
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas
17. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
18. ONG'S se encuentra en listado aparte.
19. JEFATURAS DE AREA DE SALUD DEL PAIS
20. PUESTOS Y CENTROS DE SALUD DEL PAIS

***MUJER SALUD Y DESARROLLO***

## MUJER SALUD Y DESARROLLO

El propósito de este programa es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la mujer y su familia a través de la identificación y eliminación de los factores de género que inciden indiscriminatoriamente en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos de la atención sanitaria y la modificación de los aspectos sociales que determinan tal situación.

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

La situación de salud de la mujer está condicionada por factores sociales que le limitan un adecuado desarrollo que repercute en problemas de salud. Entre estos factores se encuentran aquellos que por una discriminación económica, de étnia de género u otra impiden el acceso a mejores condiciones de vida y satisfacción de sus necesidades básicas.

La discriminación de que es objeto la mujer por el hecho de ser mujer damnifica su salud desde temprana edad. Recibe menos atención y alimentación que sus hermanos. posee tasas de mortalidad mayores en las edades de 1 a 4 años. En la etapa escolar se inicia los abusos de índole sexual, de los cuales será objeto el resto de su vida, entre los que destacan el incesto y la violación. En la etapa de adolescente y adulta la reproducción estará, en términos generales, fuera de su control y decisión, lo que la conducirá a problemas de salud que atentan contra su vida como es el caso de los abortos, o a enfermedades trascendentes como es el SIDA.

Por su condición biológica, la mujer posee una sobrevida mayor que el hombre, lo que la coloca en su mayoría en el grupo de tercera edad. Debido a las limitaciones que en términos generales ha tenido en la sociedad, no cuenta con cobertura por la seguridad social que atienda sus problemas específicos.

### B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES

La constitución de la República de Guatemala indica que los ciudadanos son iguales sin distinción de raza credo y sexo.

La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer proclamada en 1979 por Naciones Unidas, firmada y ratificada por Guatemala, es un instrumento legal que propicia hacer efectivo el articulado de la misma y

compromete al país a fortalecer e incentivar todos los mecanismos para lograrlo. Es así como la Oficina Nacional de la Mujer es la entidad responsable de vigilar el cumplimiento de la convención. La Comisión de la Mujer en el Congreso de la República promueve la eliminación de leyes discriminatorias y promulgan otras que garantizan los derechos de las mujeres. La Procuraduría de los Derechos Humanos ha creado la Defensoría de la Mujer, la Reunión Cumbre de Presidentes menciona la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los planes sectoriales.

En la política nacional del sector salud publicado en junio de 1992 se promulga la política de salud reproductiva y población en la que menciona la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las acciones de salud reproductiva y propiciar la educación sexual a todo nivel.

Los servicios de salud han iniciado la identificación de problemas de salud de la mujer que no son abordados en la dimensión que es requerido. En el nivel hospitalario empieza a establecerse un programa de atención a la mujer agredida que en coordinación con la Procuraduría de los Derechos Humanos atienden el problema de violencia hacia la mujer en forma integral.

### **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

1. Fortalecer las capacidades nacionales para diseñar, formular, ejecutar y evaluar políticas, planes y programas de salud con una perspectiva de género, así como las normativas jurídico legales y sociales que inciden directa o indirectamente en las condiciones de salud de la mujer.
2. Impulsar y facilitar el diseño y puesta en práctica de programas de atención a la mujer y/o modelos alternativos de prestación de servicios en el Ministerio de Salud Pública.
3. Aumentar el nivel de conocimientos de las brechas de género en salud y las implicaciones de las condiciones de salud de la mujer en los procesos de desarrollo.
4. Apoyar la conformación de grupos sociales organizados que defiendan la causa de la salud de la mujer y permitan un espacio a la misma para plantear sus problemas y las alternativas de solución.

## **D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION**

1. Movilización de recursos políticos, institucionales, humanos y organizativos que propicien la formación de redes de intercambio y cooperación, en la formulación de proyectos de cooperación técnica que potencialicen los recursos externos, la cooperación interagencial.
2. Difusión de información sobre los temas de mujer, género, salud y desarrollo; organizando y apoyando la publicación y difusión de diferentes materiales científico-técnicos y de divulgación sobre el tema.
3. Apoyo a la formulación y evaluación de leyes, política, programas y modelos de atención integral de la mujer, en el marco de las políticas públicas y de salud.
4. Capacitación y desarrollo de recursos humanos en el campo de los estudios de género, mujer, salud y desarrollo; apoyando la realización de cursos, seminarios y talleres.
5. Promoción y desarrollo de la investigación científica sobre los temas de la salud de la mujer desde la perspectiva de género y su vinculación con los procesos de desarrollo.



## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. SALUD INTEGRAL

#### A. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Salud integral de la Mujer de Centro América. (SIMCAB)
2. División: WHD
3. Responsable: Lily Caravantes
4. Consultores Responsables: Ninguno a nivel nacional: Asesoría Subregional en Costa rica y Regional en Washington.
5. Apoyo Administrativo: Secretaria compartida.
6. Coordinación:
  - 6.1. Programática: PRODERE, DHS, Materno Infantil. Salud del Adulto, Agua y Saneamiento, Malaria. Salud Pública Veterinaria.
  - 6.2. Interagencial: Centro América.

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Problemas de salud en torno a su reproducción, a las consecuencias de la violencia intrafamiliar y a la marginalidad de que es objeto por su condición de mujer.
  - 1.1 Los Servicios de Salud, no contemplan ni el registro ni la atención de estos problemas.
2. Disminución de las brechas de género en los servicios de salud y el de las instancias legales y políticas que afectan la salud de la mujer.
3. Análisis y propuesta de reformas jurídico-legales, con repercusiones en salud.
  - 3.1 Promoción de la formulación y evaluación de políticas, programas y proyectos en salud, especialmente en violencia.
  - 3.2 Apoyo a las iniciativas de desarrollo local, fortaleciendo la conformación de grupos de mujeres en el marco de los SILOS.
  - 3.3 Impulso a la investigación y desarrollo de los recursos humanos.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Responde a las recomendaciones emanados en la evaluación del plan quinquenal en Naerobi y de salud en el desarrollo en el que la mujer es un elemento fundamental.

2. Progreso:

2.1. El desconocimiento teórico sobre género y su aplicabilidad en el campo de la salud.

Contraparte Nacional débil con limitado apoyo administrativo y de coordinación interprogramática.

2.2. Los avances más importantes están orientados a la institucionalización de las acciones del Proyecto principalmente en garantizar el espacio de discusión sobre el tema de salud de la mujer como es el Foro Mujer y Salud y a modificar el modelo de atención con la introducción de nuevos programas como el de Mujer Agredida a nivel de Hospital (Cuilapa).

2.3 Durante el primer PTC no se contó con fondos del 93 y las actividades realizadas se desarrollaron con fondos obligados 92. Los procesos iniciados por la coordinación anterior no han tenido la continuidad deseada, como el establecimiento del grupo interprogramático, la comisión de estereotipos, el código de salud entre otros. A finales de Mayo se logró incorporar personal al programa que fortaleciera su quehacer en la nueva estructura administrativa.

2.4 Se cuenta con apoyo del proyecto Sub-regional con sede en Costa Rica.

3. Recursos Financieros

3.1

3.2 US\$5.000.00

3.3 Asignado: 0.00

Obligado: 0.00

Gastado: Fondos obligados y fondos del país

**d. PROYECCIONES:**

1. Apoyo en la coordinación interprogramática en la OPS  
Institucionalización del Programa Mujer, Salud y Desarrollo al Ministerio de Salud.
2. El proyecto ha desarrollado una infraestructura de personal capacitado en las áreas de salud que permiten desarrollar experiencias de incorporación de género en los programas de salud.  
  
Una coordinación a nivel central y una decisión política serían las condiciones necesarias para llevar a cabo los cambios propuestos. El programa requiere una ubicación administrativa dentro de la D.G.S.S. que le permita poder de convocatoria y conducción con los programas.
3. Asignado: US\$.5,000.00  
Requerido: US\$20.000.00

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Dirección General de Servicios de Salud. Coordinadora: Rosa Carlota Penados.
2. Oficina Nacional de la Mujer: Directora: Delia Castillo
3. Asociación Pro-Bienestar de la Familia, APROFAM. Marta Julia Pineda de Porras.
4. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual.  
Director: Eduardo Sacayón
5. Instituto de Investigaciones
6. Procuraduría de los Derechos Humanos: María Eugenia de Sierra
7. Comisión de la Mujer en el Congreso: Edna de Ruano.

## 2. PROYECTO MUJER INDIGENA

### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Componente indígena del proyecto SIMCAB en 8 municipios de los grupos Quiché y Cackchiquel de Guatemala
2. División: WHD
3. Responsable: Dra. Lily Caravantes de Dubois
4. Consultores, Colaboradores: Ninguno a nivel nacional. Asesoría Subregional en Costa Rica y Regional en Washington.
5. Apoyo Administrativo al Programa: Secretaria compartida.
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: PRODERE, DHS (SILOS), Materno Infantil, Salud del Adulto.
  - 6.2 Interagencial: Nacional México

**b. CAMPOS DE ACCION POR PROGRAMA:**

1. Principales problemas del país en relación al Programa:
  - 1.1 Altas tasas de morbi-mortalidad de las mujeres indígenas, mayores índices de analfabetismo y pobreza. Condiciones de vida sin infraestructura básica. Marginación de la Mujer.
  - 1.2 Los servicios de salud no tienen un modelo de atención que responda a las características socioculturales de la población y a las necesidades de las mujeres.
2. Prioridades nacionales de cooperación técnica del Programa:
  - 2.1 Atención de la salud de la mujer indígena y su participación dentro del marco de SILOS.
  - 2.2 Establecer las relaciones de coordinación entre grupos de indígenas y la red de servicios de salud en 8 municipios.
3. Ejes de la cooperación técnica:
  - 3.1 Organización de mujeres indígenas a nivel local para conformar los consejos de salud de la mujer. •
  - 3.2 Diseño de un programa de formación de promotores líderes en salud de la mujer.
  - 3.3 Programa radial bilingüe sobre salud de la mujer.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

En el proyecto inicia la entrega de cooperación de la iniciativa SAPIA.

2. Progreso:

2.1 Establecimiento de relaciones de coordinación y trabajo entre el personal de salud y las mujeres indígenas.

Definición de 7 municipios de las areas del proyecto ubicados en Chimaltenango, Baja Verapáz y Sacatepéquez.

2.2 Inició la consolidación del equipo de salud de cinco de los municipios del proyecto ubicados en Sacatepequez y Chimaltenango.

2.3 Las actividades del primer PTC fueron ejecutados, centrados principalmente en la investigación y capacitación a nivel local y central.

2.4 Adecuado

3. **RECURSOS FINANCIEROS (APB Y PTC)**

3.1 US\$.17,700.00

3.2 US\$.85,000.00

3.3 ASIGNADO:	US\$.43,700.00
OBLIGACION:	US\$.43,000.00
GASTADO:	US\$.23,000.00

**d. PROYECCIONES:**

1. Apoyo al manejo administrativo del proyecto en la descentralización de los fondos a nivel de áreas de salud.

Coordinación interprogramática.

2. De acuerdo a las condiciones actuales del sector y el gobierno existe prioridad en desarrollo de actividades que mejoren la situación de las poblaciones más desposeídas como son los indígenas.

3. Asignado: US\$.36,712.00  
Requerido: US\$.85,000.00

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

1. Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Dirección General de Servicios de Salud. Coordinadora: Rosa Carlota Penados.
2. Oficina Nacional de la Mujer: Directora: Delia Castillo
3. Asociación Pro-Bienestar de la Familia, APROFAM, Marta Julia Pineda de Porras.
4. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual.  
Director: Eduardo Sacayón
5. Instituto de Investigaciones  
Director: Jorge Solares.



***SALUD PUBLICA VETERINARIA***

## **SALUD PUBLICA VETERINARIA (ZONOSIS)**

### **A. ANALISIS DE LA SITUACION**

La problemática más importante está relacionada con presencia abundante de: (a) animales de compañía o mascotas en áreas urbanas y periurbanas, en su mayoría sin el debido cuidado sanitario; (b) animales de producción en áreas urbanas, periurbanas y rurales, igualmente sin el debido control veterinario; (c) roedores e insectos y (d) falta de educación sanitaria de la comunidad y productores. Estos factores dan lugar a una alta incidencia de diversas zoonosis, tales como: rabia, brucelosis, tuberculosis, leptospirosis, teniasis y cisticercosis entre otras. Salvo el caso de la rabia, no se cuenta con suficiente información del resto de enfermedades mencionadas, debido a la debilidad del sistema de vigilancia epidemiológica y carencia de recursos para su funcionamiento.

Tomando como base la información de 1988, en que se inició el programa de control de la rabia se observa que la incidencia de la rabia en perros decreció, pasando de 456 a 62 casos en 1992, lo que representa un descenso del 86.4 por ciento (la tasa de incidencia de rabia en 1988 fue de 4.7 y en 1992 fue 0.6 por 10,000 perros). Esta disminución fundamentalmente correspondió al área urbana. De 1988 a 1991 la rabia humana se redujo de 13 a 1 caso, llegando a 6 en 1992; cinco de éstos casos se presentaron en el área rural y no recibieron tratamiento, el sexto se registró en el área urbana recibiendo tratamiento inapropiado.

Las malas condiciones de las instalaciones del laboratorio productor de vacunas antirrábicas del Ministerio de Salud, representan un riesgo potencial de que pueda ocurrir un accidente, el equipo es obsoleto y está fuera de servicio para producir estos biológicos; debido a lo cual para 1992 no se contó con suficiente cantidad de dosis de vacuna antirrábica para perros y no se realizó la campaña anual de vacunación, como se venía haciendo desde 1988.

Igualmente, el laboratorio de diagnóstico se encuentra en condiciones precarias. Por ejemplo, el microscopio tiene más de treinta años de uso y quedó fuera de servicio, por un período aproximado de cinco meses y se ha dejado de hacer la prueba de inmunofluorescencia, utilizándose durante ese tiempo métodos obsoletos y peligrosos.

### **B. PLANES Y PRIORIDADES NACIONALES**

Debido a los problemas expuestos, así como la decisión de las autoridades nacionales y el compromiso internacional adquirido por Guatemala para eliminar la rabia del

país, es imprescindible encontrar la estrategia para asegurar la disponibilidad de vacunas antirrábicas en cantidad suficiente para alcanzar la meta deseada y también para mejorar la situación del laboratorio de diagnóstico.

Es necesario contar con información confiable respecto a las otras zoonosis mencionadas, para poder caracterizar las áreas de riesgo de estas enfermedades y de esta forma hacer posible la planificación y evaluación de las acciones pertinentes de control; por esta razón es preciso reforzar los sistema de vigilancia epidemiológica, tanto en el campo de la salud humana como animal.

Los recursos humanos y financieros del Ministerio de Agricultura son insuficientes pero cuenta con una infraestructura física y equipo muy buenos; se debería encontrar el mecanismo apropiado para que se de una mayor coordinación entre este ministerio y Salud, y de esta forma mejorar la eficacia y eficiencia de ambos sectores en el control de las enfermedades mencionadas.

El personal del Ministerio de Agricultura ha participado en las campañas de vacunación, eliminación de perros (de preferencia en el área rural) y envío de muestras para el diagnóstico; no obstante se percibe que aún se carece de la apropiada coordinación con el Ministerio de Salud, debido quizá a la ausencia de un responsable del programa de control de la rabia por aproximadamente dos años. Recientemente ha sido nombrado el nuevo Jefe del Departamento de Rabia.

### **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

El Ministerio de Agricultura tiene definida como prioridad la eliminación de la brucelosis y tuberculosis del ganado bovino, sin embargo las actividades destinadas al combate de estas enfermedades no son efectuadas a gran escala debido a la escasez de recursos humanos y financieros de este Ministerio y falta de comprensión de los propios productores. Este trabajo debería recibir un apoyo amplio, puesto que si se eliminan estas enfermedades en el ganado se termina con estas afecciones en el hombre.

No existe un programa destinado al control del complejo teniasis/cisticercosis, aunque se sabe que es un problema grave, especialmente en el caso de las neurocisticercosis en humanos y pérdidas económicas por decomiso de carnes infectadas.

El proceso de integración económica en desarrollo que ya está siendo instrumentado en mayor o en menor grado en los países de la Región, hace indispensable establecer procedimientos sanitarios que, al mismo tiempo que limiten al máximo el riesgo de introducción de enfermedades, no se transformen ellos, en un impedimento para el comercio de animales y sus productos.

## D. ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION

Los problemas mencionados son considerados prioritarios en Guatemala pues representan:

- (a) Riesgos para la población humana.
- (b) Una reducción de la productividad de los animales en términos de carne, leche, disminución de la capacidad de trabajo de los animales de tiro determinando que se intensifique la escasez de proteína de origen animal esencial para la nutrición humana, hecho que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. La producción animal en Guatemala no solo permite alimentar a las personas sino que puede generar divisas, al poder exportar carne a países libres de fiebre aftosa, debido a que este país es libre de dicha enfermedad.
- (c) Un impedimento para que el productor pecuario pueda comercializar sus productos en el mercado nacional e internacional.

El Programa de Zoonosis contribuye a la promoción de la salud, al desarrollo socioeconómico y salud, a la implementación de los SILOS, mediante el empleo de diversas estrategias tales como:

- (a) Apoyo a la coordinación interinstitucional entre los ministerios de Salud y Agricultura y el fortalecimiento de los servicios de Salud Pública y Salud Animal dentro de estos sectores.
- (b) Haciendo conciencia entre la población y motivando su participación activa a nivel local en la promoción de la producción especialmente entre las personas de menores ingresos, mediante capacitación, difusión de la información y educación sanitaria de la comunidad.
- (c) Apoyo al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, al promocionar la incorporación de la investigación dentro de las actividades rutinarias de este sistema.
- (d) Apoyo al desarrollo de un enfoque de saneamiento y declaración de hatos libres en el caso de brucelosis y tuberculosis del ganado.
- (e) Tomar en cuenta el rol protagónico de la mujer por la función tradicional que desempeña en el hogar y en la vida de la comunidad. El programa apoya la participación de la mujer en los programas de salud animal y cabe mencionar que el grupo de mujeres es el que ha actuado con mayor responsabilidad en las jornadas de vacunación antirrábica de perros.

- (f) Desarrollo de la cooperación técnica entre países para conseguir la cantidad necesaria de suero y vacuna antirrábicos.

## PROYECTOS RABIA

Se debe continuar brindando cooperación técnica al Programa Nacional de Prevención, Control y Erradicación de la Rabia, principalmente en relación con:

- (a) Caracterización de áreas de riesgo de rabia.
- (b) Reforzamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- (c) Investigación epidemiológica y control de focos.
- (d) Organización de campañas masivas de vacunación.
- (e) Fortalecimiento de la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Rabia.
- (f) Estimación de la población canina y encuestas de cobertura de vacunación.
- (g) Producción y control de vacunas.
- (h) Capacitación de recursos humanos en atención médica a personas expuestas y técnicas de diagnóstico de laboratorio.
- i) Comunicación social para la educación y organización comunitaria.

El propósito de este programa es la prevención y eliminación de la rabia en el hombre y la eliminación de la rabia en el perro por ser este animal la principal fuente de infección al hombre.

## BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS, LEPTOSPIROSIS, TENIASIS Y CISTICERCOSIS

Con la prevención y control de las zoonosis mencionadas debe promoverse:

- (a) Inserción de estos programas en los programas de desarrollo ganadero del país.
- (b) Demostración a los sectores público y privado del impacto económico que ocasionan.

- (c) Promoción de la comunicación social para la educación y movilización comunitaria por medio de sus organizaciones representativas, en particular los productores pecuarios.
- (d) Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.
- (e) Fortalecimiento de la coordinación intersectorial.

El propósito de este programa es la eliminación de estas zoonosis en el hombre mediante la eliminación de estas enfermedades en los animales y consecuente mejora de la producción y productividad.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. ZOONOSIS

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Salud Pública Veterinaria (HCV)
2. División: Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (HPC)
3. Responsable: Elva López Nieto
4. Consultores Colaboradores:
5. Apoyo administrativo al programa: Sra. Edna de Gutiérrez
6. Coordinación
  - 6.1. Interprogramática: Epidemiología, Enfermedades transmisibles, Comunicación social y prensa, Desarrollo de la capacidad gerencial, Desarrollo de recursos humanos, Salud, mujer y desarrollo.
  - 6.2. Interagencial: FAO, OIE, OIRSA, USDA.
  - 6.3. Entre países: Países de Centroamérica, México.

## b. CAMPOS DE ACCIÓN POR PROGRAMA:

### 1. Problemas principales del país en relación al Programa

#### 1.1 Rabia

Como el resto de países de Latinoamérica, Guatemala se comprometió a eliminar la rabia urbana (de personas y de perros) para fines de la década de 1980 y aunque aparece como una de las prioridades del Ministerio de Salud, esta decisión no se ha hecho realidad. El programa se inició en 1986, con el apoyo financiero brindado por la CEE, continuando esta ayuda hasta 1989, fue el período en que mejor se cumplieron las actividades programadas y donde se empezaba a vislumbrar la solución de este problema. Lamentablemente al terminar este proyecto, el programa no ha contado con el apoyo debido de las autoridades nacionales, para continuar desarrollando las actividades de combate de esta zoonosis.

Está demostrado que la vacunación masiva de perros es la estrategia de mayor impacto epidemiológico. En Guatemala las coberturas de vacunación han sido bajas, sobre todo en el área rural; en 1992 no se efectuó la jornada de vacunación que se venía realizando anualmente. Este hecho ha repercutido sobre el comportamiento de la rabia en las personas; en lo que va de 1993 se han confirmado 10 casos, esta cifra cae dentro de lo que puede considerarse una epidemia para este período del año, si se compara con 1992 en que se presentaron 2 casos, 1991 con 0 casos y 1990 con 1 caso, para el mismo período (hasta la semana 23). Igualmente ocurre con la rabia en perros hasta la semana 23 de 1993, está por encima del corredor endémico determinado para el mismo período, con la información semanal disponible desde 1990.

Aunado al problema descrito anteriormente, es necesario mencionar que se han observado otras deficiencias, como: fallas en el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica y en los laboratorios de diagnóstico; falta de uniformidad de criterios para la atención de personas expuestas y control de focos; desde hace varios años el laboratorio productor de vacunas antirrábicas del Ministerio de Salud Pública viene pasando una grave crisis. Con apoyo de la Coordinación de HPV y de INPPAZ, en diversas ocasiones se ha sugerido a las autoridades nacionales algunas soluciones, como por ejemplo: que si no se cambia de manera radical se debe cerrar el "laboratorio" actual, que la vacuna antirrábica para uso animal sea producida ya sea en cerebro de ratón lactante o en cultivo celular, en el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, dado que cuentan con la mayor parte del equipo para hacerlo adecuadamente y que la vacuna de uso humano, sea adquirida de algún laboratorio de calidad reconocida. En 1992, el laboratorio produjo



alrededor de 40.000 dosis de vacuna, a pesar de esta situación, las autoridades no han tomado una decisión respecto al laboratorio, ni tampoco sobre la adquisición de las dosis de vacuna que se necesitan para hacer una vacunación masiva de perros.

## 1.2 Brucelosis y tuberculosis bovinas

La brucelosis bovina es la principal fuente de brucelosis en el hombre, igualmente la tuberculosis bovina en relación con la tuberculosis extrapulmonar de origen digestivo en el hombre. Estas dos enfermedades además de constituir serias implicaciones para la salud pública, son factores limitantes en el desarrollo de la industria ganadera, disminuyen la disponibilidad de carne y leche, impiden el comercio a otros países reduciendo el ingreso de divisas al país.

Existe la decisión técnica y aparentemente también política, para eliminar estas dos enfermedades del ganado, pero el programa no cuenta con los recursos necesarios para su ejecución y la mayor parte de productores no están sensibilizados al respecto, ni suficientemente informados.

## 1.3 Complejo teniasis/cisticercosis

De 1940 a 1986 se notificaron 1454 casos, 1178 de estos (81%) fueron clasificados como neurocisticercosis. Se considera que este número no refleja la realidad del problema, a causa de diversos factores, como: un gran subregistro debido al mal funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica; desconocimiento de la epidemiología de este complejo por la población, hecho que impide que ésta tome las medidas preventivas apropiadas; muchas de las localizaciones de los cisticercosis son asintomáticas. Se desconoce la prevalencia de teniasis en el hombre.

No existe un programa específico para el control de este problema. Respecto a la cisticercosis en animales, se efectúan actividades de control mediante inspección veterinaria de animales sacrificados en rastros e inspección de carnes a nivel de expendios así como algunas actividades educativas.

## 1.4 Fiebre aftosa y otras enfermedades exóticas

El sistema de vigilancia epidemiológica destinado a prevenir el ingreso de la fiebre aftosa - que de ingresar tendría repercusiones catastróficas para la Subregión al provocar una disminución de proteínas de origen animal y pérdidas de divisas al impedir la exportación de carne a países libres - está funcionando deficientemente.

2. Prioridades nacionales del país en relación al programa
  - 2.1 Eliminación de la rabia en el hombre y también en el perro por ser la principal fuente de infección.
  - 2.2 Eliminación de la brucelosis y la tuberculosis zoonótica en el hombre y en bovinos.
  - 2.3 Reducción de los casos de teniasis y cisticercosis en el hombre.
  - 2.4 Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica por cuadrantes de enfermedades vesiculares en animales y su extensión a otras enfermedades.
3. Ejes de la Cooperación Técnica
  - 3.1 Diseminación de información
  - 3.2 Adiestramiento
  - 3.3 Asesoría técnica directa
  - 3.4 Movilización de recursos
  - 3.5 Investigación

c. **EVALUACIÓN DE LA COOPERACIÓN:**

1. General:

Relación con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas  
Las estrategias y planes nacionales de salud coinciden teóricamente, con las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas de la OPS en el cuatrienio 1991-1994.

2. Progreso:

2.1. Problemas encontrados en la ejecución

El punto crítico para el incumplimiento de lo programado está en la falta de disponibilidad de recursos del Sector Público, tanto humanos como físicos.

2.2. Avance hacia el logro de resultados más importantes

Los contrapartes nacionales de los ministerios de Salud y Agricultura están bien capacitados, se ha logrado la participación activa de los docentes de la Universidad, en la mayoría de eventos organizados por esta rama técnica.

2.3. Grado de avance (Evaluación primer PTC, 1993)

Se ejecutó un 80% de lo programado.

2.4. Apoyo Regional

Se recibe una apropiada orientación, seguimiento y envío de información que permite la debida actualización, de parte de la Coordinación de HCV.

En relación con el proyecto de eliminación de la rabia, se cuenta con un aporte de AGFUND, que permitirá apoyar las actividades prioritarias que se tienen identificadas en los diferentes países de la Subregión y debidamente programadas por la Coordinación de HCV.

3. Recursos Financieros (APB y PTC)

3.1. Presupuestarios: \$ 13,700.00

3.2. Extrapresupuestarios:

3.3. Porcentaje de Ejecución (Global 1993)

Asignado  
Obligado  
Gastado

***SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA  
(SIDA)***

## SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El propósito del Proyecto es proporcionar cooperación técnica y financiera al país para prevenir y reducir la transmisión de la infección por el VIH y el SIDA.

### A. ANALISIS DE LA SITUACION

#### 1. ANTECEDENTES

Desde la aparición de los primeros casos de SIDA en Guatemala, en el año 1984, y ante la amenaza de una epidemia incontrolable que se iniciaba, las autoridades de salud crearon la Comisión Nacional del SIDA (CONAVISIDA), la que se encargaría de elaborar las normas de prevención y medidas de control que permitieran evitar los efectos devastadores de esta epidemia como los que ya estaban observando en otros países. Se solicitó además la cooperación de la OPS/OMS para poner en marcha un Plan de Emergencia con asistencia técnica y financiera, y preparar el I Plan a Mediano Plazo (PMP) 1989/1992, para la Prevención y Control del SIDA en el país. Con la experiencia adquirida durante la ejecución de esos dos años y tomando en cuenta las características de evolución de la epidemia, se elaboró el II PMP, 1993/1995, el que se tiene actualmente en ejecución.

#### 2. ESTADO ACTUAL DEL SIDA EN GUATEMALA

Al 31 de diciembre de 1992, el Departamento de Enfermedades Transmisibles, que tiene la responsabilidad de la ejecución del Programa Nacional de Vigilancia y Control del SIDA, había recibido notificación de **363** casos de SIDA ocurridos en el país. De los **363** casos reportados han fallecido **134** personas a consecuencia de complicaciones por enfermedades oportunistas, principalmente tuberculosis, Sarcoma de Kaposi y/o Neumonía por Pneumocistis Cariini.

Se han reportado además otras **240** personas asintomáticas con resultado positivo a la prueba del VIH, y **30** mas fueron clasificadas como LAC. Según la forma de transmisión, **461** personas (**90.74%**) adquirieron la infección por la vía sexual y de éstos, **125** son varones homosexuales, **247** heterosexuales, **57** son varones bisexuales, y **6** presentaban la doble característica de ser homosexuales y drogadictos. Por transmisión sanguínea se han informado **41** casos (**8.07%**) de los cuales **12** se infectaron por la aplicación compartida de drogas por vía endovenosa, **11** son hemofílicos y **18** son personas trans-fundidas con sangre contaminada. Aún no se ha informado oficialmente de casos ocurridos por transmisión vertical pero se sabe que ya han ocurrido algunos.

En cuanto a la distribución geográfica de los casos reportados, la gran mayoría, 169, corresponden al Departamento de Guatemala. En el interior del país el número de casos ha ido aumentando rápidamente y en la actualidad ya se reportan de todos los Departamentos del país.

### **C. AREAS PRIORITARIAS PARA LA COOPERACION TECNICA**

La cooperación se canaliza principalmente a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONAVISIDA), la que tiene como unidad ejecutora al Programa Nacional de Vigilancia y Control del SIDA (PNS), ubicado en el Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Servicios de Salud.

El PNS desarrolla sus actividades con base en las seis estrategias definidas por la OMS y detalladas en el Plan de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA, que el Gobierno elaboró con la cooperación de OPS/OMS para los años 1993/1995.

Las seis estrategias definidas son:

1. Dirección y Administración, cuyo objetivo es mejorar y fortalecer los aspectos gerenciales del Programa para optimizar el cumplimiento de las acciones programadas con la mas amplia participación de las instituciones y organizaciones del sector salud la colaboración de los otros sectores públicos y privados.
2. Prevención de la Transmisión Sexual de la infección VIH, mediante información sistemática a población general y grupos en mayor riesgo, sobre la infección VIH y el SIDA, sus características y formas de protección.
3. Prevención de la Transmisión Perinatal de la infección VIH, mediante la capacitación del personal de salud encargado de la atención gineco-obstetrica y pediátrica.
4. Prevención de la Transmisión Sanguínea de la infección VIH, mediante el tamizaje al 100% de las sangres para transfusión y los hemoderivados.
5. Reducción del Impacto de la infección VIH en individuos, familias y comunidades, para evitar la estigmatización, la discriminación y el aislamiento de los pacientes con SIDA y personas seropositivas al VIH.
6. Vigilancia Epidemiológica de la infección VIH que incluye estudios epidemiológicos continuos por medio de sitios centinela, mejoramiento de la notificación y el registro de casos y de personas seropositivas, estudios socio-

culturales relacionados y vigilancia de la tendencia epidemiológica de la infección.

Con el objeto de dar mayor eficiencia y agilidad a las actividades de prevención y control de la infección y mas libertad de acción en la gestión del apoyo múltiple que requiere el Programa, se está proponiendo a las autoridades superiores del Ministerio de Salud, dar al PNS una estructura organizativa dentro de la DGSS como otro Departamento de la División de Control de Enfermedades. Al crearse ese Departamento oficialmente, se le daría también el soporte financiero nacional del que ha carecido para no seguir dependiendo totalmente de los aportes externos. Las gestiones en este sentido se encuentran bastante adelantadas.

Otro aspecto que se está promoviendo, por el efecto positivo que tendrá en el enfoque integral del problema, es la participación activa en forma coordinada de las Organizaciones No Gubernamentales que han asumido funciones de prevención y atención de personas seropositivas y pacientes con SIDA. Esta participación se justifica aún mas si se considera que a pesar de los múltiples esfuerzos realizados por la comunidad científica internacional no se cuenta todavía con un método biológico preventivo ni con un medicamento que suprima en forma definitiva la replicación del VIH en el organismo humano, lo que hace prever un continuo incremento en la incidencia de la infección con una curva epidemiológica que continuará su rápido ascenso durante la presente década.

También se contempla una cooperación mas activa de los sectores productivos y económicos oficiales, así como del sector privado en general, sectores que estarán siendo seriamente afectados por la infección VIH y el SIDA durante los próximos años.

#### PROYECTO GUT/HIV

El Proyecto GUT/HIV sirve a la Representación OPS/OMS para canalizar la cooperación de la Organización al país con relación a la prevención y control del SIDA, siguiendo las directivas y normas que emanan del Programa Mundial del SIDA (PMS) con sede en Ginebra, Suiza, y del Programa Regional del SIDA con sede en Washington D.C., E.U.A., por medio de la Oficina Subregional con sede en San José de Costa Rica.

El Proyecto sigue las estrategias de cooperación mencionadas en el punto II, tratando de promover la máxima coordinación interinstitucional en el sector salud e intersectorial, así como con las ONGs y sector privado.

Con la participación de la Oficina Subregional del SIDA se mantiene un comunicación frecuente con los PNS de los otros países centroamericanos con el fin de intercambiar experiencias y establecer vínculos de cooperación mutua.

## E. COMPONENTES DEL PROGRAMA

### 1. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (GUT-HIV)

#### a. ASPECTOS GENERALES:

1. Nombre del Programa: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (GUT-HIV)
2. División: División de Control de enfermedades Transmisibles (HPC).
3. Responsable: Dr. Miguel E. Machuca (desde mayo/93)
4. Consultores Colaboradores: Dr. Jorge Bolívar Díaz (Contrato Nacional) Director Nacional del Programa
5. Apoyo Administrativo: Lic. Miriam Cobar Aguilera, Administradora/Psicóloga  
Sra. Beatriz Molina de Morales, Secretaria
6. Coordinación:
  - 6.1 Interprogramática: Con HDA (Epidemiología) HPT (Enfermedades Transmisibles) y otros programas de la Representación.
  - 6.2 Interagencial: con AID y UNICEF
  - 6.3 Entrepaises: Con todos los países de la subregión de Centroamérica.



**b. CAMPOS DE ACCION DEL PROGRAMA:**

1. Problemas principales:
  - a) El país no asigna un presupuesto para las actividades del programa.
  - b) El apoyo político debil a nivel gubernamental no ha permitido una apertura multisectorial en el abordaje del problema.
  - c) Se ha dado poco apoyo a las actividades educativas y de promoción de la salud en el presente año.
  - d) No se ha estructurado una estrategia de cooperación clara con las ONG's.
  - e) Dependencia casi total de las actividades que realiza el programa de los fondos que canaliza OPS/OMS.
  - f) No existen evaluaciones periodicas y/o monitoreo de las acciones realizadas al momento.
  
2. Prioridades Nacionales de Cooperación Técnica del Programa.

La cooperación se canaliza principalmente a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONAVISIDA), la que tiene como unidad ejecutora al Programa Nacional de Vigilancia y Control del SIDA (PNS), ubicado en el Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Servicios de Salud.

El PNS desarrolla sus actividades con base en las seis estrategias definidas por la OMS y detalladas en el Plan de Mediano Plazo para la Prevención y Control del SIDA, que el Gobierno elaboró con la cooperación de OPS/OMS para los años 1993/1995.

Las seis estrategias definidas son:

- a. Dirección y Administración, cuyo objetivo es mejorar y fortalecer los aspectos gerenciales del Programa para optimizar el cumplimiento de las acciones programadas con la más amplia participación de las instituciones y organizaciones del sector salud, la colaboración de los otros sectores públicos y privados.

- b. Prevención de la Transmisión Sexual de la infección VIH, mediante información sistemática a población general y grupos en mayor riesgo, sobre la infección VIH y el SIDA, sus características y formas de protección.
- c. Prevención de la Transmisión Perinatal de la infección VIH, mediante la capacitación del personal de salud encargado de la atención gineco-obstétrica y pediátrica.
- d. Prevención de la Transmisión Sanguínea de la infección VIH, mediante el tamizaje al 100% de las sangres para transfusión y los hemoderivados.
- e. Reducción del Impacto de la infección VIH en individuos, familias y comunidades, para evitar la estigmatización, la discriminación y el aislamiento de los pacientes con SIDA y personas seropositivas al VIH.
- f. Vigilancia Epidemiológica de la infección VIH que incluye estudios epidemiológicos continuos por medio de sitios centinela, mejoramiento de la notificación y el registro de casos y de personas seropositivas, estudios socio-culturales relacionados y vigilancia de la tendencia epidemiológica de la infección.

### 3. Ejes de Cooperación:

El Proyecto GUT/HIV sirve a la Representación OPS/OMS para canalizar la cooperación de la Organización al país con relación a la prevención y control del SIDA, siguiendo las directivas y normas que emanan del Programa Mundial del SIDA (PMS) con sede en Ginebra, Suiza, y del Programa Regional del SIDA con sede en Washington D.C. E.U.A., por medio de la Oficina Subregional con sede en San José de Costa Rica.

El Proyecto sigue las estrategias de cooperación mencionadas en el punto II, tratando de promover la máxima coordinación interinstitucional en el sector salud e intersectorial, así como con las ONGs y sector privado.

Con la participación de la Oficina Subregional del SIDA se mantiene un comunicación frecuente con los PNS de los otros países centroamericanos con el fin de intercambiar experiencias y establecer vínculos de cooperación mutua.

c. **EVALUACION DE LA COOPERACION:**

1. General:

Relación con las orientaciones etrategicas y prioridades programáticas.  
Se realizaron esfuerzos por hacer congruentes ambas orientaciones, se logró avanzar en el área de capacitación a personal de salud.

2. Progreso:

2.1 Problemas encontrados en la ejecución:

- a) Los recursos financieros de 1992 se recibieron en el país al final del año, lo que dificultó la ejecución de las mismas.
- b) Las actividades del Ministrerio de Salud Pública y Asistencia Social en el primer semestre de 1993 se afectaron por los cambios políticos a nivel gubernamental y las acciones de atención de la epidemia del Cólera.
- c) El Programa Nacional SIDA no ha identificado y comprometido claramente a sus entes replicadores y ejecutores en el nivel operativo de servicios.
- d) En 1993 (primer semestre) la asignación de recursos al componente educativo fue muy débil.
- e) No se ha incorporado un sistema de monitoreo y evaluación efectivo en el Programa Nacional.
- f) No existe claridad de las funciones y responsabilidades de las entes técnicas del programa del nivel central.
- g) Existe una debilidad de gestión (gerencia del programa) en el Programa Nacional.
- h) No se ha estructurado una estrategia de apoyo a las ONG's (criterios de priorizar y asignar recursos).
- i) No se han realizado esfuerzos por consolidar y utilizar la información generada por investigaciones realizadas sobre SIDA y ETS.

## 2.2 Avance hacia el logro de resultados más importantes.

1. Se logró incrementar las actividades de información a proveedores de servicios y grupos de riesgo.
2. Se promovió la difusión de caso (definición de caso de SIDA de OPS/Caracas)
3. Consolidación de la Comisión Nacional de SIDA.
4. Establecimiento de acuerdos de trabajo en áreas fronterizas (México, Belice, Honduras y El Salvador).
5. Creación de la Comisión Nacional de Sangre.
6. Continuación de esfuerzos por fortalecer sistemas de vigilancia epidemiológica.

## 2.3 Grado de Avance

Durante el primer cuatrimestre y parte del segundo cuatrimestre se ha tratado de recuperar la programación de actividades del anterior, lo cual no se ha logrado a la fecha (julio/93).

## 2.4 Apoyo Regional

El Programa Nacional ha contado con el apoyo del Programa Regional y Sub-Regional.

## 3. Recursos Financieros:

- 3.1 Presupuestarios (fondos regulares). El programa funciona con fondos extrapresupuestarios.
- 3.2 Extrapresupuestarios, monto asignado para 1993 \$216,430.

1 9 9 2

MONTO ASIGNADO

MONTO OBLIGADO

SALDO

\$ 465.591.85

\$ 288.429.61

\$ 129.236

1 9 9 3

MONTO ASIGNADO

MONTO OBLIGADO

SALDO

\$ 216.430

\$ 38.330.34

\$ 38.449.27

**d. PROYECCIONES:**

1. Aspectos que requieren atención inmediata del Representante:

a) Definir con autoridades nacionales el alcance del compromiso de atender actividades del programa.

- Asignación de presupuesto nacional

- Asignación de plazas a funcionarios del programa.

b) Definición de área técnica de la Representación que atenderá en forma permanente el programa.

Se sugiere que se incluya en el Area de HPT.

c) Definir área de influencia de programa Sub-Regional en las actividades de cooperación del país.

2. Evolución prevista en el período 1994-95.

Sería conveniente definir una estrategia nacional basada en la situación actual y las tendencias futuras del SIDA y ETS en el país. Este análisis se ha iniciado pero requiere que se profundice y concluya en una propuesta concreta.

**e. DIRECTORIO DE CONTRAPARTES (INSTITUCIONALES):**

Programa Nacional de Vigilancia y Control del SIDA.DGSS.