

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON EL PAÍS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA
SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA
SALUD OPS/OMS EN **GUATEMALA**

PERÍODO 2006-2010



OPS
MT
E8.2
2011



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Sección de
Cooperación con
la Organización Mundial de la Salud

CONTENIDO

Sección 1

Introducción

Sección 2

Desafíos del desarrollo y la salud en el país

Sección 3

Cooperación al desarrollo y alianzas estratégicas: Tendencias, instrumentos y coordinación

Sección 4

Actividades actuales de cooperación de la OPS/OMS en Guatemala

Sección 5

El marco político de la OPS/OMS: Directrices mundiales y regionales

Sección 6

Agenda Estratégica: Prioridades acordadas conjuntamente con respecto a la cooperación de la OPS/OMS en el país y con el país

Sección 7

Implementación de la agenda estratégica: Implicaciones para la OPS/OMS, seguimiento, y próximos pasos en cada nivel

Anexo 1

Proceso seguido en Guatemala para la definición de la Estrategia de Cooperación al País (ECP)

Anexo 2

Esquema de Ordenamiento General de las Áreas de Cooperación 2006 - 2015

Anexo 3

Objetivos y Planteamientos Estratégicos de la Agenda de Cooperación 2006 - 2015

SECCIÓN 1

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de definición de la Estrategia de Cooperación al País (ECP) para el mediano plazo (2006-2010) responde al mejor interés de adecuar el trabajo de la OPS/OMS a la búsqueda de soluciones para los problemas que aun limitan el pleno goce de la vida con salud de los guatemaltecos, reconociendo un entorno cambiado en el país con la vigencia e los Acuerdos de Paz y el fortalecimiento progresivo desde entonces del estado de derecho y la democracia nacional.

La decisión se tomó en la primera mitad del año 2005 y las motivaciones centrales para realizar este ejercicio fueron:

1. La necesidad de ordenar y priorizar la respuesta de la OPS/OMS ante las crecientes solicitudes de cooperación provenientes de actores diversos, algunos de ellos nuevos en el escenario de salud y otros agrupados en novedosas instancias de coordinación¹
2. La firma del UNDAF 2005-2008 entre el gobierno y la Coordinación del Sistema de Naciones Unidas, orientado a superar las causas de la pobreza, la iniquidad y la discriminación, que identifica cinco efectos directos y los productos para el país a los que está vinculado la OPS/OMS.
3. Requerimientos de la autoridad sanitaria nacional a la OPS/OMS de revisar el espacio y las modalidades de cooperación técnicas, particularmente en los proyectos de desarrollo local de la salud que ejecuta la Organización, para que las instancias nacional y subnacionales tengan un papel más activo en la asistencia técnica al nivel local y que los fondos se ejecuten apegado a las regulaciones del gobierno.

En razón de estos motivos y de común acuerdo entre la Dirección Superior del Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la Oficina local y regional de la OPS/OMS, el proceso de ECP llevado a cabo en Guatemala tiene dos objetivos esenciales:

1. Promover el encuentro y dialogo entre actores del sistema de salud y sus aliados, donde el intercambio de ideas arroje claridad sobre la estrategias para el desarrollo nacional de la salud y los roles y funciones que corresponden a la cooperación técnica en el mismo.

¹ Entre los primeros, cabe señalar a la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN), la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP) y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia SEGEPLAN, mientras que en los segundos están la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y del Sector Salud, el Mecanismo de coordinación nacional del Fondo Global y la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos (UCPP) del Ministerio de Salud Pública, creada para cumplir tareas de gestión, monitoreo y evaluación de la cooperación internacional.

2. Formular una agenda estratégica para los próximos 5 años, que en consonancia con el desarrollo nacional de la salud y otros marcos de desarrollo asociados, actualice los criterios sobre la presencia de la OPS/OMS, los temas, la asignación de recursos y las modalidades de cooperación con el país.

El presente documento contiene una síntesis de la situación sanitaria y los desafíos que encara el país para su desarrollo. Se hace un sucinto recuento de la evolución de la cooperación técnica en salud, particularmente de la brindada por la OPS/OMS en los últimos años, y analiza el papel a jugar por las organizaciones de cooperación técnica en su relación con las instituciones de salud y la sociedad civil del país en el futuro mediano. Finaliza el documento con la exposición de las decisiones estratégicas sobre prioridades de trabajo, destino de los recursos y las modalidades de cooperación que aplicará la OPS/OMS para apoyar e impulsar el desarrollo nacional de la salud en Guatemala durante los próximos 5 a 6 años.

SECCIÓN 2

I. DESAFÍOS DEL DESARROLLO Y LA SALUD EN EL PAÍS

Contexto Demográfico y Cultural

País más poblado de Centroamérica (12 millones de hab.) y el tercero más extenso de la región. Se caracteriza por ser pobre, rural, joven e indígena. Alta tasa de natalidad y crecimiento concentrado en la población pobre. Promedio de hijos por familia es 4.4 nacional y 6.2 en familias indígenas. Nación multiétnica, pluricultural y multilingüe. La población indígena es 42% (censo 2002). Tasa neta de escolaridad en EP pasó de 72% en 1991 a 84% en 2000. Tasa de alfabetismo de 75% en 1994 al 82% en 2002 y la relación entre hombres y mujeres pasó de 0.80 a 0.82

Contexto Político

Acuerdos de Paz (1996) son una agenda para remover las causas profundas del enfrentamiento armado: mejorar los DD HH, promover la reconciliación, cimentar un desarrollo socioeconómico, fortalecer el poder civil y perfeccionar el régimen democrático. En sept. 2005 se promulgó la Ley Marco Nacional. Informes MINIGUA han señalado que el cumplimiento de los Acuerdos ha sido lento, parcial, insuficiente y enfrenta una etapa de estancamiento. Coalición vencedora en elecciones de 2003 se rompió y gobierno no tiene mayoría en el congreso. Opinión pública nacional muy conmovida por la corrupción del gobierno anterior

Contexto socioeconómico (IDH 2005, PNUD)

PIB per cápita \$4,148 para 2005 (\$4,080 en 2004), 34,7% de la población vive con \$2 usd diarios y 16% con \$1 usd diario. El IDH es 0.663 en 2005 (0.649 en 2004) el 2º más bajo de AL y C. Coeficiente Gini de 0.599 en 2005 (0.587 en 2002 y 0.555 en 2000). Tercer país más desigual del mundo. 81% de indígenas del campo son pobre contra 51% de ciudades. El 63% de ladinos rurales son pobres contra el 18% urbano. Mala distribución de la riqueza: 20% de población concentra 64,1% de los ingresos, mientras el 20% más pobre percibe el 2,6%. En 2000, el 34% de la población estaba desempleada, subempleada o empleada sin remuneración y en 2002 lo era el 40% (36.2% para los hombres y 45.9% para las mujeres)

El 2004 fue considerado por el FMI de buen desempeño económico:

- Moderado crecimiento económico 2.6%
- Reservas internacionales en cifra record
- Control de la inflación 9%, pese al incremento de los precios del petróleo
- Déficit presupuestario reducido al máximo (1.8% en 2004 y proyectado 1,5% en 2005)

País que mejora progresivamente sus indicadores de eficiencia macroeconómica y de desarrollo humano, aunque de manera lenta para los rezagos acumulados

Requiere un mayor crecimiento del PIB y mejorar la eficiencia distributiva de la riqueza que se genera. Sigue siendo un población mayoritariamente pobre, desigual y con iniquitativa distribución de sus riquezas.

Contexto de Salud

La descripción acá presentada de los distintos problemas de salud del país, obedecen estrictamente a la visión desde la perspectiva de la cooperación y no pretende entrar en cuestionamiento de la visión que las autoridades nacionales puedan diferir. Básicamente será útil de la primera parte del ejercicio de la ECP, que tiene como primordial objetivo el conocimiento de la situación y la identificación de actores.

La identificación de las tres principales líneas de trabajo, expresadas por la Directora de OPS, la Dra Mirtha Roses, referidas a: Agenda Inconclusa, Logros Alcanzados y Nuevos Desafíos, fueron útiles para realizar la interpretación de la situación de salud de Guatemala. Permitiendo hacer una categorización de los problemas revisados y ubicándolos en la línea de trabajo que

corresponde, basado en el estado actual del cumplimiento de la meta o el objetivo propuesto y no basado en un análisis de procesos o actividades inconclusas, alcanzadas o desafiantes. La decisión de ubicar los temas en determinada línea de trabajo, fue en base a cumplir dos o más de los siguientes criterios: prioridad nacional, compromiso internacional, prioridad de OPS, impacto sobre la salud y alto riesgo para la salud.

| | |
|--|---|
| <p>RESOLVER LA AGENDA INCONCLUSA</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento de la salud - Exclusión Social en Salud - Gestión de Recursos Humanos - Acceso Medicamentos - Cobertura, Calidad y financiamiento de serv. agua y saneamiento - Calidad y financiamiento manejo desechos Sólidos Municipales - Inseguridad Alimentaria y Nutricional - Cáncer Cervicouterino - Malaria, dengue,. - Enf. Transmisibles (TB, ITS/VIH/SIDA) - Zoonosis e inocuidad de los alimentos - Sistema de Información y vigilancia epidemiológica - Mortalidad materna. - Salud Reproductiva - Mortalidad niñez. - Eliminación de rubéola y SRC - Coberturas de vacunación - Participación de la mujer y VIF. - Vulnerabilidad/seguridad alimentaria |
| <p>PROTEGER LOS LOGROS ALCANZADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Erradicación de polio y eliminación de sarampión, y de tétanos neonatal. - Introducción de vacuna pentavalente. - Oncocercosis - Chagas |
| <p>ENFRENTAR LOS NUEVOS DESAFÍOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes y Cardiovasculares - Enfermedades Emergentes y Reemergentes - Análisis de Situación de Salud y Vigilancia de la Salud. - Globalización y medicamentos - Maternidad saludable. - Vacunas rotavirus, influenza, papiloma |

De ésta manera, a cada tema se le hizo un análisis descriptivo transversal sobre distintos aspectos de la respuesta nacional en la definición de políticas, legislación, financiamiento, alianzas estratégicas, respuesta de los servicios, así como también, desde la respuesta de cooperación de la OPS.

Este resumen fue producto de un ejercicio continuo de reuniones, discusiones y análisis de los distintos coordinadores de las Áreas Técnicas de la Representación, que son responsables de los distintos temas acá presentados. Cada uno de ellos, mostró la información más reciente y generada por las distintas instancias nacionales, considerados como datos oficiales.

RESOLVER LA AGENDA INCONCLUSA

| TEMA | SITUACION ACTUAL |
|-----------------------------|--|
| Exclusión Social en Salud | - Segmentos de población sin atención (IGSS 87%,MSPAS 19%) y ausencia de política pública para exclusión social en salud (EPSS). |
| Financiamiento de la salud | - Presupuesto insuficiente, bajo gasto publico, alto gasto de bolsillo. |
| Gestión de Recursos Humanos | - Distribución no equitativa, limitada descentralización. |
| Acceso Medicamentos | - Débil gestión, alto gasto bolsillo. |
| Salud de la Mujer. | - 41% parto personal capacitado,1 de 11 países de LAC con alta |

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN AL PAÍS

| | |
|---|---|
| | razón de MM. 153 x 100,000 nv, mayor en población indígena. Prevalencia de anticoncepción 28% MEF, mas baja de Centroamérica. |
| Salud de la niñez | - Mortalidad infantil 42 por mil nv, más elevada, área rural y población de bajo nivel socioeconómica. Baja cobertura de AIEPI. |
| Inseguridad Alimentaria y Nutricional | - 49% desnutrición crónica menores de 5 años y escolares. |
| Coberturas de vacunación | - 30% municipios coberturas criticas. Financiamiento insuficiente para ampliar esquemas. |
| Participación de la mujer y VIF | - Escasa participación mujer, (diputadas 10%), VBG/VIF |
| Cáncer Cervicouterino | - Principal entre todos los cáncer, 1° causa de muerte por cáncer en mujeres edad fértil, bajo tamizaje, (10%) débil sistema de registro. |
| Malaria | - Incidencia mas alta y 50% de casos de Mesoamérica, - 70% casos en 3 departamentos, estrategias obsoletas. |
| Dengue | - 4 serotipos, brotes anuales, 9 lugar Latinoamérica, casos hemorrágicos y muertes, estrategias obsoletas. |
| Tuberculosis | - Baja detección de casos, insuficiente casos curados, mediana multiresistencia |
| ITS/VIH/SIDA | - 2 lugar Centro América, 2:1 hombre/mujer, vía transmisión sexual, alta en HSH y MTS, poco acceso a tratamiento. |
| Sistema de Información y vigilancia epidemiológica | - Varios sistemas superpuestos e incompletos. Estadísticas vitales dudosas. - Vigilancia Epidemiológica para notificación obligatoria esencialmente, inoportuna, incompleta y de mala calidad. |
| Zoonosis e inocuidad de los alimentos | - Zoonosis: mediana cobertura de vacuna, casos humanos. - Alimentos: no información, estrategias obsoletas. |
| Cobertura, Calidad y financiamiento de serv. agua y saneamiento | - Financiamiento 0.05% del PIB, 80% intermitencia en agua. 25% agua desinfectada. 1% agua residuales tratadas |
| Calidad y financiamiento manejo desechos Sólidos Municipales | - 75% sin recolección, 0% sitio disposición final adecuado. 15% municipios disponen en ríos. |

| POLITICAS | FINANCIAMIENTO | LEGISLACION | RESPUESTA DE SERVICIOS | ALIANZAS ESTRATEGICAS | COOPERACION DE LA OPS |
|---|--|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Falta política pública en salud con excepción de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN). - Algunos planes y lineamientos - Hay programas y estrategias | <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente para materiales y recursos humanos. - No cobertura de grupos y áreas necesitadas - Bajo gasto publico en salud como % del PIB. - Elevado gasto de bolsillo. - Baja ejecución fondos extrapresupuestarios. | <p>Existen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Código de Salud, - Acuerdos de Paz, - Desarrollo social, - Descentralización - Consejos de Desarrollo, - Código Municipal - INE, SAN, SIDA, VIF - Desactualizada: malaria (1955), IGSS(1946) - Iniciativas: ley general de salud, rco de tabaco, PAI, Aguas | <ul style="list-style-type: none"> - Baja cobertura, - Inadecuada formación de recursos humanos, - Insuficientes insumos, - Baja calidad de la atención y sistema de información deficientes. | <ul style="list-style-type: none"> - No con Gobiernos locales. - Incipiente con Sociedad Civil - Débil coordinación de la cooperación externa y otros sectores. | <ul style="list-style-type: none"> - Prioridades definidas. - Estrategias actualizadas. - Insuficientes recursos financieros regulares - Poco trabajo inter programático - Algunos recursos extrapresupuestarios. - Reducción de donantes externos. |

PROTEGER LOS LOGROS ALCANZADOS

| TEMA | SITUACION ACTUAL |
|--|--|
| Erradicación de polio y eliminación de sarampión, y de tétanos neonatal. | - No casos de polio desde 1990. No casos de sarampión desde 1997. - Tétanos neonatal no problema de salud. |
| Introducción de vacuna pentavalente. | - Introducción de pentavalente en esquema nacional desde 2005. |
| Oncocercosis | - Desde 2002, sobrepasó meta de cobertura de tratamiento (94%) |
| Chagas | - R. prolixus eliminado en el país, e interrumpida la transmisión vectorial |
| Género | - Empoderamiento del enfoque de género en salud. |

| FINANCIAMIENTO | LEGISLACION | RESPUESTA DE SERVICIOS | ALIANZAS ESTRATEGICAS | COOPERACION DE LA OPS |
|---|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - No asegurado los gastos operativos de fondos nacionales. - Fondos asegurados para esquema tradicional - Inmunizaciones. | <p>Existen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ley protección integral de niñez adolescencia, - Ley equidad y oportunidad de la mujer - Ley de Consejos Desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> - Débil capacidad de gestión. - Débil vigilancia epidemiológica - Insuficiente atención salud niños - Pendiente consolidar eliminación vectorial para chagas. | <ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento complementario externo (JICA, ASDI, BID, CCI/PAI) - Existencia de grupos y comisiones - Escasa participación gobiernos locales - Limitada participación comunitaria | <ul style="list-style-type: none"> - Proyectos TCC. - Iniciativas sub regionales (chagas,) certificación de eliminación. - Adecuada coordinación cooperación externa - Prioridades definidas. - Estrategias actualizadas. - Insuficientes recursos financieros regulares - Poco trabajo inter programático - Algunos recursos extra presupuestarios |

ENFRENTAR LOS NUEVOS DESAFÍOS

| TEMA | SITUACION ACTUAL |
|--|--|
| Globalización y medicamentos | - Marco legal deberá tener un enfoque de salud pública, limitada tecnología, débil respuesta institucional. |
| Maternidad saludable. | - Baja cobertura de cuidados obstétricos esenciales en 2 y 3 nivel de atención |
| Vacunas para rotavirus, influenza, papiloma | - <u>Rotavirus</u> : vigilancia centinela activa, manual y guía de vigilancia elaborado 48% de prevalencia. - <u>Influenza y papiloma</u> : no vigilancia, no datos. |
| Diabetes y Cardiovasculares | - <u>Diabetes</u> : poca información, con 8% prevalencia y 13 x 100,000 hab. de mortalidad. - <u>Cardiovascular</u> : 13% de HTA, mayores tasas mortalidad oriente del país, hasta 25 x100,000 hab. |
| Enfermedades Emergentes y Reemergentes | - Las de mayor riesgo: virus del nilo, influenza, encefalitis, bioterrorismo, resistencia antimicrobiana, para lo cual no planes, no vigilancia, no laboratorio. |
| Análisis de Situación de Salud y Vigilancia de la Salud. | - No definido en las funciones, débil recolección y análisis de información, no RRHH capacitado, información incompleta, inoportuna y de mala calidad, no sistema único integrado. |

| POLITICAS | FINANCIAMIENTO | LEGISLACION | RESPUESTA DE SERVICIOS | ALIANZAS ESTRATEGICAS | COOPERACION DE LA OPS |
|--|----------------------|--|---|--|---|
| Enfermedades crónicas y reducción de Mortalidad Materna con plan y definidas como prioridades. Enfermedades emergentes, ASIS y vacunas sin plan, no prioritario | - Sin financiamiento | - No hay legislación. - Compromisos internacionales. (TLC, RSI) | - Débil sistema de información. - Sistema no preparado - RRHH no capacitados. - No capacidad laboratorios para vigilancia epidemiológica | - Si en enfermedades crónicas en capital - No en emergentes y ASIS. - UNDAF, CONAPI. | - Prioridad nacional, sub regional, regional - Estrategias regionales definidas - Insuficientes recursos regulares - Algunos fondos extra presupuestarios - Débil participación cooperación externa |

II. ANALISIS ESTRATEGICO DE LA SALUD

1. CARACTERIZACIÓN DEL PAÍS

Guatemala es un país post conflicto, con un marcado carácter multiétnico y caracterizado por grandes inequidades sociales. Alrededor de la mitad de la población es indígena, predominantemente de origen Maya. La guerra interna consumió más de 35 años. Más que daños en la infraestructura física nacional, se reconoce los profundos daños intangibles que significaron el deterioro de sus instituciones, muchas de las cuales fueron subordinadas a las estrategias de contrainsurgencia perdiendo su credibilidad y legitimidad ante amplios sectores del país. La desaparición de una generación de valiosos líderes en diferentes sectores sociales, y el deterioro del capital social, sobre todo de la capacidad de construir consensos y de asumir proyectos con aliento estratégico son también reconocidos como severas pérdidas.

El conflicto armado tuvo sus raíces en la exclusión social a la cual históricamente ha sido sometida la mayoría de la población, sobre todo indígena y campesina, y en las características del modelo de Estado y de la economía que se ha sustentado y reproducido sobre esta exclusión.

Desde la firma de los Acuerdos de Paz, en diciembre 1996, el país ha transitado lentamente pero en forma sostenida en la reconstrucción de sus capacidades institucionales. Sin embargo este proceso ha sido lento y complejo, no exento de conflictos importantes e incluso retrocesos. El modelo económico, en los últimos años, da muestras de agotamiento al no lograrse crecimiento sostenible y al no favorecer la redistribución interna. En lo estructural persisten el tradicional problema de la propiedad de la tierra como un detonante que periódicamente produce estallidos, y la tradicionalmente baja tributación (alrededor del 9% del PIB en el año 2003) que dificulta la ejecución de políticas públicas sociales más efectivas.

Guatemala tiene uno de los más bajos gastos públicos en salud de las Américas (alrededor del 2% del PIB). A partir de entonces ha descendido nuevamente hasta los niveles actuales señalados. Para el 2006, se tiene programado un incremento del 10% al presupuesto público en salud de Q1,867.7 a Q2,067.0 millones de quetzales. Aun cuando se ha aumentado considerablemente la cobertura de servicios a nivel primario, después de la firma de los Acuerdos de Paz, desde menos del 30% antes de la firma de los Acuerdos de Paz hasta alrededor del 80% según cifras oficiales, el bajo financiamiento (alrededor de US\$ 5 per cápita/año) y las limitaciones de capacidad y experiencia, sumadas a la debilidad del nivel secundario de atención, se traducen en una baja capacidad de resolución. En la actualidad, según cifras oficiales, por lo menos el 20% de la población no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud y hay muchos cuestionamientos sobre la calidad y capacidad de los servicios en los niveles 1 y 2 del sistema.

Alrededor de 56% de la población es considerada pobre y se superpone con la población rural y predominantemente indígena. El 50% de los niños menores de 5 años aun sufren de desnutrición crónica, más del 30% de las

embarazadas tienen carencias nutricionales importantes. Aunque la desnutrición crónica tiende lentamente a disminuir, la situación de inseguridad alimentaria y nutricional se ha agravado en los últimos años y han reaparecido bolsiones poblacionales con desnutrición aguda y severa.

Son notables los avances logrados en la cobertura de inmunizaciones infantiles básicas, hasta llegar a ser superior al 90% en la actualidad, sin embargo persisten enormes dificultades para lograr coberturas útiles y mejorar los indicadores de calidad en algunos de los municipios más empobrecidos. La mortalidad infantil, aunque ha disminuido alrededor del 20% en los últimos 10 años, se estima alrededor de 39 por mil nacidos vivos (año 2002) y la mortalidad materna, que ha disminuido un 30% en 10 años, se sitúa alrededor de 153 por mil nacidos vivos (año 2000). Guatemala tiene una incidencia estimada de casos de Tuberculosis alrededor del 80 por 100,000, y produce alrededor del 60% de los casos de malaria de Centroamérica y México. La epidemia de SIDA, si bien aún puede considerarse concentrada, crece de forma sostenida y representa una fuerte amenaza. Existe una alta incidencia de diarreas agudas infantiles, la cobertura de agua segura es limitada, sobre todo en pequeñas comunidades, las que representan cerca de la mitad de la población del país.

La violencia social y la inseguridad ciudadana alcanzan niveles de alto riesgo. Resalta la violencia familiar y criminal contra mujeres. En el año 2004 se reportan más de 800 mujeres que han sido asesinadas y para lo que va del año 2005 se reportan 300 mujeres muertas violentamente. El sistema de Naciones Unidas mantiene un nivel I de seguridad permanente, con ocasionales elevaciones a nivel II. En el presente año se considera que ha habido un recrudecimiento importante de la violencia. En los últimos meses, hasta nuestros trabajadores (casi el 20%) han sufrido actos de violencia, incluyendo varios asaltos a mano armada, asesinato de familiares, robo en viviendas, amenazas con arma de fuego y arma blanca y otros.

El cuadro anterior tipifica el perfil epidemiológico y social del país, así como sus principales debilidades, en cuanto país pobre y post conflicto. Lamentablemente su PIB per cápita lo ubica como país de desarrollo medio y esto se ha traducido en una tendencia aceleradamente decreciente de los recursos de cooperación internacional disponibles.

El actual gobierno asumió en enero del 2004 para un período de 4 años. Surgido de una coalición de pequeños partidos, y partidarios del actual Presidente surgidos de otros partidos o independientes, se caracteriza por ser un gobierno de coalición, con grandes dificultades para consensuar internamente y para conciliar la imperiosa necesidad de políticas sociales agresivas, todo lo contrario con un enfoque predominantemente monetarista y muy ortodoxo en materia económica. El gobierno no cuenta con mayoría parlamentaria y esto lo ha llevado a conformar alianzas coyunturales ante cada decisión importante. Entre ellas, con el FRG, partido del gobierno anterior. Necesidad que se acentuó ante la salida muy temprana del gobierno de uno de los partidos que formó parte de la coalición.

La última encuesta de opinión realizada del 2 al 8 de junio del 2005 muestra que el Presidente conserva una opinión pública favorable alrededor del 46.4% esto representa un importante descenso desde el más del 80% que tenía en febrero pasado. Esta caída es atribuida a la creciente inseguridad ciudadana, a la fuerte elevación del costo de la vida y a la debilidad de las políticas sociales. El gobierno conserva apoyo en algunos sectores de la sociedad civil muy prestigiosos por su tradicional compromiso con la paz y los derechos humanos, pero parece haberse distanciado de los sectores campesinos, sindicatos, y algunos sectores organizados civiles. Las iglesias han sumado su fuerte influencia a la Procuraduría de Derechos Humanos para promover movilizaciones sociales que demandan la reducción de la violencia y medidas efectivas de prevención y de protección a la ciudadanía.

El Gobierno nacional ha presentado su plan denominado "Vamos Guatemala", que enfatiza en la reactivación económica a corto plazo con base en tres grandes estrategias: Guate solidaria, Guate crece y Guate compite. La esencia de "Guate solidaria" es el Frente contra el Hambre, es decir la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) y se concentra en 41 municipios de mayor vulnerabilidad alimentaria y nutricional como primera prioridad y en 70 municipios (de los 331 totales del país), seleccionados por prevalencia de pobreza extrema, como segunda prioridad; se plantea un abordaje conjunto en salud, educación, agricultura, infraestructura y otros campos, y propone una especie de alianza nacional entre el gobierno central, las municipalidades y la sociedad civil. Guate crece se organiza alrededor de los llamados megaproyectos que serán ofertados en licitación para inversión privada y extranjera. Guate compite se organiza alrededor de tratar de favorecer y facilitar las exportaciones en el marco de los tratados de libre comercio internacional. Guatemala al igual que los demás países centroamericano suscribieron en julio de 2005 el TLC con Estados Unidos.

El Gobierno ha señalado reiteradamente que su principal compromiso es con los Acuerdos de Paz y que visualiza las Metas del Milenio como una oportunidad para avanzar alrededor de los mismos, con apoyo de la comunidad internacional. Por lo que se ha comprometido y esta conduciendo muy formal y enérgicamente el Segundo IODM, a través de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, SEGEPLAN, con participación financiera y técnica bastante amplia del SNU, donde la OPS/OMS tiene una destacada contribución técnica con muy poca participación de las distintas entidades de Gobierno y nada de participación social.

Las recientes decisiones gubernamentales, sobre el "Plan Vamos Guatemala" y sobre los procesos de monitoreo de las Metas del Milenio, constituyen cambios positivos significativos en el entorno de la cooperación.

Análisis de la Exclusión en Guatemala:

La actual situación política, social y económica de Guatemala no puede entenderse sin hacer referencia a la incipiente transición democrática y de construcción de la paz que ha experimentado el país.

El principal reto que tiene Guatemala para conservar la paz y alcanzar un desarrollo sostenible, es combatir la exclusión social y la inequidad reflejada en las brechas sociales, que dividen a la sociedad guatemalteca en indígenas y ladinos, ricos y pobres, habitantes del área rural y habitantes de la ciudad y por categoría de hombres y mujeres.

La inequidad y la exclusión histórica en la educación, la salud, la participación política y el acceso al desarrollo incluye dimensiones como violación a los derechos humanos, especialmente de las mujeres, los indígenas y los niños; la distribución de la riqueza y del ingreso (el 10% de la población más rica del país concentra casi la mitad de los ingresos, el 20% de la población con ingresos más altos capta el 61.4%, mientras que el 20% más pobre le corresponde solamente el 3.5%)².

La exclusión se manifiesta en: ingresos de la mayoría de la población económicamente activa no llegan al nivel de la canasta básica. En educación un alto porcentaje de la niñez, esta fuera del sistema educativo y tienen que trabajar en condiciones de irrespeto. Más de una tercera parte de la población mayor de 15 años (36%) es analfabeta siendo los más excluidos los indígenas y las mujeres (2 de cada 3 analfabetas son mujeres). Las tasas de crecimiento poblacional son las más altas de Latinoamérica, marcadas especialmente en los sectores pobres e indígenas, reproduciendo el ciclo de pobreza y poniendo en riesgo la salud de las mujeres. La seguridad alimentaria es precaria por, entre otros, que limitan el acceso a la tierra, a la disponibilidad, producción y distribución de los alimentos; al crecimiento poblacional, a la poca asistencia técnica, al limitado financiamiento para el sector agrícola y al deterioro del medio ambiente. La ingestión calórica es insuficiente, sobre todo en el área rural, incidiendo en altas tasas de desnutrición, especialmente en niños, niñas y mujeres. Como consecuencia de la pobreza, gran parte de la población vive en asentamientos humanos precarios, de alto riesgo para la salud física y mental que generan un clima de violencia dentro y fuera de los hogares.

Las raíces de la exclusión provienen de tres factores: un modelo económico concentrador y vulnerable a cambios mundiales; la debilidad del Estado democrático de derecho y el sistema cultural discriminatorio contra mujeres y pueblos indígenas.

Con la firma de los Acuerdos de Paz en diciembre de 1996. Los avances han sido importantes: las comisiones derivadas del proceso de paz han sido integradas, varias de las cuales son "paritarias" entre gobierno y sociedad civil asegurando la participación de indígenas y ladinos, la priorización de los sectores sociales ha mejorado sensiblemente, tanto a nivel del presupuesto asignado y ejecutado, como a nivel de ampliación de las coberturas, especialmente en salud y educación, el sistema de justicia ha empezado una lenta pero decidida transformación.

En el proceso de cumplimiento del Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas se han abierto nuevos espacios de concertación con las

² Ibid. p.7-8. El Informe 2000 de Desarrollo Humano para Guatemala del PNUD señala que Guatemala, con África del Sur y Brasil es el país con mayores índices de desigualdad en el mundo.

instituciones estatales y ha contribuido a hacer conciencia sobre la multiculturalidad, que ha trascendido las comisiones para extenderse a los partidos políticos, el Congreso de la República, las instituciones estatales, asociaciones y organizaciones de la sociedad civil. El crecimiento económico ha rebasado el crecimiento de la población, en condiciones macroeconómicas estables, lo que podría permitir elevar paulatinamente el nivel de ingreso de la población y ayudar a enfrentar la pobreza. Falta efectivamente un paso trascendente que es el del pacto fiscal, que mejore la tributación, la recaudación, la distribución equitativa y el combate a la corrupción.

Guatemala tiene una de las cargas tributarias más bajas de Latinoamérica. En 1998 hubo ingresos tributarios equivalentes al 9% sobre el PIB. Al final de los noventa, la regresividad del sistema tributario se había consolidado como tendencia, y las reformas tributarias más recientes contribuyen a profundizar dicha tendencia (en 2001, la tasa del impuesto al valor agregado se elevó de 10% a 12%).

La pobreza (57.2%) y la extrema pobreza (37.3%) están diseminadas por todo el país; sin embargo, hay zonas más deprimidas que otras. Son 8 los departamentos con las tasas más altas de pobreza y extrema pobreza: Alta Verapaz, Huehuetenango, El Quiché, Baja Verapaz, Sololá, Jalapa, San Marcos y Totonicapán. El porcentaje promedio de población rural es de 65%. Las regiones más afectadas se localizan en las tierras altas del norte y el occidente del país y de ellas los departamentos de Alta Verapaz, Quiché y Huehuetenango, son a su vez los departamentos con mayor grado de ruralidad³.

La situación de extrema pobreza es coincidente con las mayores proporciones de población rural, indígena, sin escolaridad, subempleada, analfabeta, sin acceso a agua potable y desagües y sin conexión eléctrica. El mapa de pobreza tiene correspondencia con el de mayor incidencia de mortalidad infantil, analfabetismo, desnutrición y otros estados carenciales porque es coincidente con el de población desempleada y la limitada inversión pública y privada.

El empleo formal equivale al 32% de la PEA (12% agrícola, 15% no agrícola y 4% sector público). El fenómeno laboral migratorio interno, estimado en 1.438.694 personas⁴ constituye el 27% de la PEA es muy importante por sus repercusiones en la economía y la salud de la población general. La exclusión laboral afecta principalmente a las mujeres, quienes son las últimas en ser contratadas y las primeras en ser despedidas.

La pobreza afecta al 20% de los habitantes no indígenas de las áreas urbanas, mientras que la padece un 75% de los habitantes indígenas de zonas rurales. La población indígena de Guatemala está representada por 3 etnias: Xincas, Garifunas y Mayas; de estas la población maya constituye el grupo mayoritario, caracterizado por hablar 23 grupos idiomáticos y más de 125 formas dialécticas lingüísticas. Los departamentos que concentran el mayor porcentaje de

³ UPECO, PNUD, Programa de Desarrollo Local y Reconciliación en Guatemala, enero 2002.

⁴ MSPAS, SIGSA, 1999

población maya, arriba del 90% son: Huehuetenango, El Quiché, Alta Verapaz y Totonicapán.

En cuanto a las mujeres que ejercen la jefatura del hogar, la pobreza les afecta más por su condición rural o indígena que por ser mujeres; de hecho, la proporción de hogares indigentes es ligeramente menor si son regidos por mujeres que si son regidos por hombres. Aunque las mujeres sufren discriminación laboral y salarial, estudios han mostrado que cuando son jefes de hogar, utilizan de manera más eficiente los ingresos para cubrir las necesidades de vivienda, agua, educación y salud. Un quetzal administrado por las mujeres equivale en expresión de impacto nutricional a Q7.00 si no es administrado por una mujer.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) coloca a Guatemala como un país en un nivel medio de desarrollo humano (entre 0.500 y 0.799). Sin embargo, hay diferencias significativas entre los veintidós departamentos del país: solamente el departamento de Guatemala tiene un IDH por arriba de 0.700. Los departamentos de Huehuetenango (0.5579), Alta Verapaz (0.5541), Sololá (0.5225), Quiché (0.5272) y Totonicapán (0.4950) tienen los niveles más bajos de desarrollo humano⁵.

Financiamiento de la Salud:

El gasto público en salud, medido en términos del PIB, creció significativamente durante los períodos 1986-89 y 1996-1999. En el primero pasó de 1.2% a 2.0%, en tanto que durante el segundo se incrementó de 1.4% a 2.2%. También hubo dos años de ajuste, 1989 y 2000, en que la reducción del gasto en Salud como proporción del PIB disminuyó incluso más que el gasto en educación. (Esta circunstancia puso de manifiesto cuán vulnerable es el gasto en salud a coyunturas de restricción presupuestaria). Además, en ambos años la reducción afectó más a la inversión que al gasto recurrente.

La debilidad de los sistemas públicos en salud determina que el financiamiento por medio de pago de bolsillo representa el 60% del gasto nacional de salud. El peso del gasto privado en salud sobre el ingreso mensual de los hogares es, en promedio, el 6.4%. El valor anualizado del gasto en salud asciende a US\$630 millones, es decir, un 3.5% del PIB.

El gasto en salud presenta una asociación estrecha al nivel de ingresos. El decil de hogares con más altos ingresos invierte el 30% del gasto en salud. Este grupo de hogares invierte casi la totalidad del gasto en seguros privados, el 42% del gasto en aparatos, el 39% del gasto en servicios hospitalarios y el 38% de los gastos ambulatorios. Más de la mitad del gasto de bolsillo se dirige a la compra de productos médico-farmacéuticos. Debido a un escaso control del expendio de medicamentos y la falta de recursos económicos para la consulta médica, la compra de medicamentos sin prescripción médica es una de las respuestas más frecuentes de los hogares pobres indígenas. Por lo que el gasto privado de bolsillo no solo resulta inequitativo, sino también ineficiente.

⁵ PNUD, INDH 2002.

PRINCIPALES INDICADORES ECONÓMICOS DE SALUD

| Indicadores | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Gasto total en salud % del PIB | 4.73 | 5.54 | 5.44 | 5.24 | 5.42 |
| Gasto en Salud del Gobierno en General % del PIB | 2.29 | 2.18 | 2.07 | 1.91 | 2.07 |
| Presupuesto ejecutado MSPAS % del PIB | 0.89 | 0.90 | 0.94 | 0.87 | 0.93 |
| Gasto en Salud Privado como % Gasto total en Salud | 51.7 | 60.20 | 61.89 | 63.04 | 60.32 |
| Gasto en Salud del Gobierno en Gral % Gasto Gob. Gral | 17.21 | 17.85 | 16.01 | 15.44 | 15.43 |
| Gasto en Salud Seg. Social % Gto. en salud Gob. Gral | 54.79 | 52.88 | 51.07 | 52.54 | 52.42 |
| Gto en Salud Recursos Fiscales % Gto en salud Gob. Gral. | 83.34 | 83.69 | 86.28 | 96.75 | 92.16 |
| Gto en Salud Recursos Externos % Gto en Salud Gob. Gral. | 8.84 | 15.52 | 11.43 | 12.14 | 19.25 |
| Pianes pre Pago Salud Privados % Gto Salud privado | 5.36 | 4.17 | 4.18 | 4.21 | 3.92 |
| Gto en salud Inst No Lucrativas % Gto. en Salud Privado. | 9.04 | 6.09 | 5.81 | 5.22 | 4.19 |
| Gto en Salud Directo Hogares % Gasto en Salud Privado. | 85.6 | 89.73 | 90.01 | 90.57 | 91.89 |
| Gasto Total en Fármacos % Gasto Total en Salud | 34.31 | 30.24 | 29.88 | 29.65 | 28.55 |
| <i>Gasto Total en fármacos % Gasto Salud Privado</i> | <i>66.37</i> | <i>50.23</i> | <i>48.28</i> | <i>47.02</i> | <i>47.33</i> |
| Gasto total en Salud per capita | 576.7 | 727.3 | 772.9 | 850.9 | 925.7 |
| Gasto Salud Gobierno General per capita | 278.5 | 286.1 | 294.1 | 310.8 | 353.4 |
| Gasto en salud MSPAS per capita | 108.6 | 118.0 | 134.0 | 138.1 | 159.3 |

Fuente: Situación de la Salud y su Financiamiento. Ministerio de Salud Pública, Período 1999-2003

Demografía y Salud:

La extensión territorial de Guatemala es de 108,889 Km². La división política administrativa del país comprende 8 regiones constituidas por 22 departamentos, los cuales a su vez agrupan 331 municipios y 20,245 centros poblados, que en su mayoría tienen menos de 500 habitantes (80%).⁶ Según proyecciones para el 2002 se estima una población de 11,986,800 habitantes⁷.

El perfil demográfico no ha experimentado cambios significativos. El crecimiento vegetativo de la población apenas se ha reducido de 2.98 en 1960 a 2.58 en el 2000. Esto coloca a Guatemala como el país con tasa de crecimiento poblacional más alta de América Latina⁸. Su promedio de nacimientos por mujer en edad fértil es de 4.6, mientras que el promedio en Latinoamérica y el Caribe es de 2.8⁹.

La tasa de fecundidad a nivel nacional es de 145 por mil, presentándose más alta en el área rural y en las poblaciones indígenas. En El Quiché la tasa de fecundidad es de 212.67, Huehuetenango 171 y Alta Verapaz 165.28 por mil.

La tasa de natalidad nacional estimada para 2001 es de 34.6 por mil habitantes. Para los departamentos de El Quiché 48.06, Huehuetenango 38 y Alta Verapaz 37.5 por mil habitantes.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores de Salud Año 2001*

⁷ INE, *Proyecciones de población 1995 – 2005*, Guatemala 1994.

⁸ OPS. *La Salud en las Américas Edición 1998*. Publicación Científica No. 569. Volumen I. Washington 1998.

⁹ GSD. *Financiamiento de la salud integrat de la mujer y la salud reproductiva en Guatemala: Debates y Consensos*. Documento de trabajo. 1998.

El análisis demográfico evidencia que los grupos de mayor crecimiento son el de 10 a 19 años y el de mayores de 70 años, pero este último aun es reducido en números absolutos (apenas representaba al 2.10 de la población en 2000). El grupo de 0 a 10 años, en cambio, se ha reducido en un 10% para el mismo período. El crecimiento de los adolescentes y adultos jóvenes tiene importantes implicaciones para la salud y la economía, por lo que acciones de lucha contra la drogadicción, el alcoholismo, tabaquismo, el SIDA y el embarazo en adolescentes son inversiones positivas para incrementar su productividad.

Nutrición y Salud:

La situación nutricional en Guatemala se ha vuelto crítica en cuanto a la desnutrición aguda, secundaria a los fenómenos como la sequía que afectó la agricultura y particularmente al café. De acuerdo al II Censo Nacional de Talla en Escolares de 2001, la prevalencia de escolares con retardo en talla descendió con respecto al I Censo de 1986. Las prevalencias más altas correspondieron a San Marcos, Huehuetenango, Quiché, Chimaltenango, Totonicapán y Sololá. De acuerdo a las Encuestas de Salud Materno Infantil de las mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, un 28% presentaba sobrepeso y un 9% obesidad. Este problema se observa en todos los niveles socioeconómicos de la población.

Respecto al control de las deficiencias de micronutrientes, en Guatemala todavía se observan problemas en los programas de fortificación de la sal con yodo y el azúcar. La fortificación de harinas de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B se desarrollo adecuadamente.

La desnutrición crónica (un déficit en la relación de la talla para la edad) refleja carencias acumuladas, inclusive desde la gestación, y puede ser un buen indicador de la disponibilidad y acceso a los alimentos. El ultimo censo de talla en escolares realizado en 2001¹⁰ refleja que los municipios que presentan un mayor nivel de desnutrición crónica en escolares (arriba del 80%) son aquellos ubicados en zonas mayoritariamente indígenas.

La pobreza y la desnutrición es mayor en el área rural, y entre la población indígena, según la ENSMI en el 2002 el 55.5% de la población rural estaba en una situación de desnutrición crónica, en contraste con el 36.5% en el área urbana. Entre la población indígena el porcentaje equivalente era de 69.5% y entre los no indígenas del 35.7%, Guatemala presenta la tasa más alta de desnutrición crónica en América Latina (y la tercera a nivel mundial), afectando al 47 por ciento del total niños (as) menores de cinco años de edad.

¹⁰ MINEDUC/ MSPAS/ UNICEF/ PMA/. Censo Talla en Niños Menores de 5 años. Guatemala, 2001. Datos aun no publicados

| Características | Desnutrición Crónica | | | |
|---------------------------------------|----------------------|----------|-------------|----------|
| | ENSMI 87 | ENSMI 95 | ENSMI 98/99 | ENSMI 02 |
| Residencia | | | | |
| Urbano | 47,2 | 35,3 | 32,4 | 36,5 |
| Rural | 62,1 | 56,6 | 54,4 | 55,5 |
| Región | | | | |
| Metropolitana | 44,2 | 33,5 | 28,6 | 36,1 |
| Norte | 49,8 | 55,3 | 56,7 | 61,0 |
| Nor-Oriente | 43,3 | 43,9 | 49,1 | 39,7 |
| Sur-Oriente | 54,0 | 45,4 | 45,6 | 46,6 |
| Central | 67,4 | 45,7 | 45,5 | 42,1 |
| Sur-Occidente | 63,0 | 59,5 | 54,8 | 58,5 |
| Nor-Occidente | 67,7 | 69,9 | 69,2 | 68,3 |
| Grupo étnico | | | | |
| Indígena | 71,7 | 67,8 | 67,3 | 69,5 |
| Ladino | 48,2 | 36,7 | 34,1 | 35,7 |
| Nivel de educación de la madre | | | | |
| Sin educación | 68,6 | 63,8 | 64,4 | 65,6 |
| Primaria | 56,3 | 48,0 | 44,5 | 46,4 |
| Secundaria | 30,2 | 14,7 | 12,7 | 18,6 |

Fuente: ENSMI's 1987, 1995, 1998 y 2002.

La seguridad alimentaria es precaria debido, entre otros, a factores que limitan el acceso a la tierra, a la disponibilidad, producción y distribución de los alimentos; al crecimiento poblacional, a la poca asistencia técnica, al limitado financiamiento para el sector agrícola y al deterioro del medio ambiente. En 1997 se estimaba que el promedio diario de kilo calorías ingeridas por el guatemalteco era de 2,339. Sobre la base de un requerimiento diario de 2,792 kilo calorías, la población solo alcanzaba a satisfacer el 83.8% de sus necesidades energéticas¹¹.

En la edad adulta la desnutrición expone a frecuentes enfermedades y reduce el rendimiento laboral, especialmente de los pobres y de los que desarrollan actividades con alta demanda física¹².

Cabe destacar que a bajos niveles de ingreso el gasto familiar en salud compete con la adquisición de alimentos sobre todo el destinado a la automedicación. Este no sólo no contribuye a recuperar la salud del enfermo, sino que puede deteriorar el estado de salud general de la familia.

Agua, Saneamiento y el Estado de Salud:

En varios países subdesarrollados el mejor aumento de las condiciones de la vivienda y de infraestructura sanitaria mostraron un impacto más significativo que los servicios de atención clínica en el estado de salud de la población¹³. En Guatemala las regiones que concentran mayor población presentan mejor dotación de agua y drenajes.

Según el Onceavo Censo de Población y Sexto de Habitación 2002, en el área urbana el 89.5% de los hogares disponen de agua entubada y el 94.6%, de

¹¹ Fact Sheet of the Program on Women Health and Development. Pan American Health Organization. December 2001.

¹² Frenk, Julio, et al. La Reforma de los Sistema de Salud y la Superación de la Pobreza. En: PNUD. Estrategias para Reducir la Pobreza en América Latina y el Caribe. José Vicente Cevallos, editor. 1ª Edición. Quito Ecuador: PNUD, c1997

¹³ Savedoff, William, and Paul Shultz. Earning and the Elusive Dividends of Health. Research Network Working Paper # R-409. Interamerican Development Bank. July 2000.

sistemas para la disposición de excretas. En el área rural únicamente el 59.6% de las viviendas disponen de agua entubada y el 76.3%, de sistemas para la disposición de excretas. Durante la última década, el promedio nacional de la cobertura de agua únicamente se incrementó de un 68.4% al 74.6%. Este incremento benefició en mayor porcentaje a la población de los centros urbanos y a comunidades rurales concentradas, cercanas a los centros urbanos. Como lo muestran las cifras de cobertura, en el área rural más del 40% de la población carece de un sistema adecuado de agua y el 23.7%, de saneamiento; población en alto porcentaje indígena que reside en lugares poblados dispersos, de difícil acceso y con poca capacidad de demanda¹⁴.

En cuanto a la disponibilidad de excretas solamente el 32% de la población cuenta con alcantarillado sanitario. En resumen las áreas rurales tienen un estado más precario de servicios y de salud, condicionado además otras variables socioeconómicas¹⁵.

En Guatemala, las mujeres cuando son jefas de hogar, utilizan de manera eficiente los ingresos para cubrir las necesidades de agua y saneamiento¹⁶. Las mujeres en condición de jefe de hogar pueden incluso asumir promedios de gasto en saneamiento que sobrepasan la expectativa para su nivel de ingreso como en los deciles 3, 6 y 10.

Educación y Salud:

La educación, especialmente de la mujer, está asociada con comportamientos que conducen a una mejor salud, aun después de aislar el ingreso¹⁷. El nivel educativo de la mujer tiene repercusiones en las tasas de mortalidad infantil y materna¹⁸.

Diferentes estudios, investigaciones y estimaciones muestran que la mortalidad materna es elevada. El estudio más completo es la línea basal de mortalidad materna realizada en el 2000 que establece que la razón general es de 153.0 por cien mil nacidos vivos. Para 1989, dos departamentos tenían razones de mortalidad materna mayores de 400/100, Sololá y Alta Verapaz; y cuatro mostraron razones en rangos de 306 a 273, siendo El Quiché, Huehuetenango, El Petén y El Progreso. El subregistro identificado en el estudio fue de 21 a 62%, el departamento con el mayor subregistro fue San Marcos.

Estos índices están relacionados con bajas coberturas de control prenatal y de atención del parto. En el país la cobertura institucional de control prenatal es de 38 % y la de atención del parto es de 23%.

¹⁴ Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005.

¹⁵ Savedoff.....

¹⁶ GSD Consultores Asociados. El gasto de los hogares en desarrollo humano. Documento de base para el Guatemala: Informe de Desarrollo Humano 2001.

¹⁷ Cebu Study Team. Underlying and proximate determinants of Child Health: the Cebu longitudinal health and nutrition study. American Journal of Epidemiology 1991; 133: 185-201.

¹⁸ Savedoff.....

Los datos disponibles en Guatemala permiten establecer una estrecha correlación entre la proporción de alfabetismo departamental y la probabilidad de recibir una atención profesional del parto (anexo 5).

Las personas con un mayor nivel de instrucción reciben mayores ingresos. Cada año de educación adicional se asocia con incrementos que van del 5 al 20 %¹⁹. Hay estrecha relación entre el ingreso familiar, la situación de salud y el acceso a servicios. Por cualquiera de estas mediaciones, la salud y la educación interactúan para producir un mejor estado de salud, haciendo que su impacto sea mayor que la contribución de cada factor medido de forma aislada.²⁰

Situación Epidemiológica:

El perfil epidemiológico del país, condicionado en buena parte por la demografía, se caracteriza por alta morbilidad y mortalidad asociada con la maternidad. La morbilidad general afectada principalmente por: a) persistencia de enfermedades transmisibles (principalmente infecciones respiratorias agudas, diarreas, parasitismo intestinal, tuberculosis y las transmitidas por vectores: malaria, dengue y oncocercosis). b) las carenciales y la creciente presencia de enfermedades crónicas y degenerativas, y la patología social asociada a causas externas, como los accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

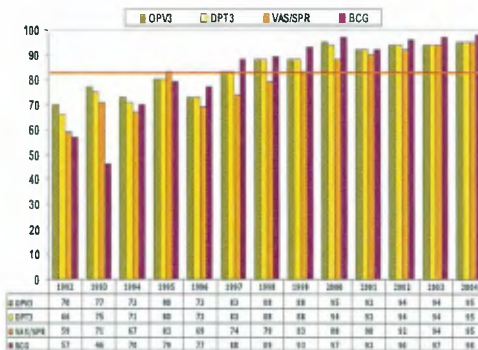
La mortalidad infantil (ENSMI-2000), estimada en 38 por 1000 nacidos vivos, y la brecha según grupo étnico se mantiene 56% para indígenas y 44% para ladinos. El índice de concentración de muertes infantiles (GINI) según PIB fue de 0.41 en 1998 y de 0.40 en 1999. Las infecciones respiratorias agudas (IRA), la enfermedad diarreica aguda (EDA) y las causas perinatales representan el 40%, 12% y 11% de las muertes de menores de un año, respectivamente.

En cuanto a inmunoprevenibles la situación es la siguiente: desde 1990 no se notifica ningún caso de poliomielitis paralítica, por lo que hasta la fecha se mantiene la certificación para su erradicación; desde 1995 se ha interrumpido la circulación del virus del sarampión; desde 1998 no se notifica ningún caso de difteria y en 1999 se presentaron dos casos de tétanos neonatal. Para el 2004 se alcanzaron coberturas útiles (95%) para todos los biológicos en menores de un año, producto de la implementación de vacunación permanente y sistemática. En el año 2004 se introdujo al esquema básico de inmunizaciones, la vacuna Pentavalente.

¹⁹ Savedoff.....

²⁰ Savedoff.

Serie histórica coberturas de vacunación OPV3, DPT3, AS-SPR y BCG, Guatemala 1992-2004



Fuente: SIGSAMSPAS.

La enfermedad diarreica aguda continúa siendo un problema importante de salud por las limitadas coberturas de saneamiento básico. Los menores de 5 años fueron los más afectados, aportando el 61.8% del total de los casos reportados. La mortalidad por esta causa se estimó en 29.2 por 100.000 habitantes (SIGSA, 1999), siendo especialmente elevada en menores de uno y cinco años con tasas de 695 y 302 por 100.000, respectivamente.

La salud de la mujer está condicionada por factores sociales, económicos, políticos, culturales, laborales y nutricionales. Sus principales problemas de salud son de índole sexual y reproductiva. Las principales complicaciones obstétricas están relacionadas al parto en un 29.7%, a retención de placenta 13.7%, sepsis puerperal 10.9%, eclampsia en 10.9% y aborto 7.3%. La contribución proporcional de las cinco primeras causas de muerte materna, sobre 420 defunciones maternas registradas en 1999, fueron: hemorragias del parto 24% (101), retención de placenta 15% (62), septicemia 11% (46), eclampsia 8% (34), atonía uterina 6% (25) y resto de causas 36% (152)²¹.

El cáncer ginecológico constituye el 42% de todos los cánceres en ambos sexos. En 1999 se registraron 240 defunciones por cáncer cervicouterino. Se realizaron 214.832 citologías exfoliativas de las cuales 2571 (1.2%) fueron positivas. El cáncer de mama ocupa el tercer lugar de todos los cánceres y segundo en la mujer.

En la atención psiquiátrica, las mujeres presentan mayor tendencia a trastornos depresivos (73%). La violencia intrafamiliar estima que ocurre en un 48% de los hogares.

En el 2001 se notificaron 3,960 casos de SIDA, con un potencial subregistro de 50%. La proporción por sexo es de 3 hombres por cada mujer (más del 60% en edades entre 19 y 39 años). En 1986 esta relación era de 6.5 hombres por cada mujer, pero al considerar los datos de 1998, la distancia se reduce a 2.4

²¹ -SIGSA, 1999-

hombres por mujer, lo que sugiere una tendencia a la feminización de la epidemia.

La tuberculosis, malaria y dengue continúan siendo problemas importantes en la población en general, pero mucho mayor en la marginada. En el caso de Tuberculosis el país ha mejorado considerablemente el seguimiento y curación de los casos diagnosticados (alrededor del 80%), pero continúa con importantes debilidades en la captación de casos nuevos y en los controles de calidad del diagnóstico. Así mismo, se completó la primera encuesta de resistencia, de acuerdo a los estándares internacionales de calidad y está pendiente el informe final. Los resultados muestran una resistencia primaria a la Isoniacida del 1.2% en casos nuevos y 2.99% de multidrogoresistencia. La proporción de casos de Tb que son VIH + ha aumentado progresivamente en los últimos años, desde 3.9% en 1997 hasta 14.4% en 2001 y 15% en 2002.

En el año 2003 se realizó una evaluación internacional del Programa de Tuberculosis en la cual se visibilizaron importantes deficiencias, las cuales han sido informadas a las autoridades nacionales.

En 1999 se registraron 3.622 casos de dengue -entre confirmados y no- con una tasa de 33 por 100.000 habitantes; en el año 2.000 se registraron 42 casos de dengue hemorrágico con 9 defunciones. El 34% de la población total representa la población en riesgo a nivel nacional. Se conoce que hay circulación de los 4 serotipos de dengue. En 1999 se registraron 101.325 casos de malaria con una tasa de incidencia de 912 por 100.000 habitantes.

Sistema de Salud:

El sistema de salud guatemalteco se caracteriza por ser **segmentado** (existencia de diversos subsistemas: MSPAS, IGSS, servicios privados y seguros privados) **y fragmentado** (proveedores múltiples bajo esquemas diversos).

- Las instituciones públicas mayores (MSPAS e IGSS) actúan como agentes financieros, cuentan con una red propia de servicios que regulan con autonomía.
- Los servicios privados deben ser registrados en una instancia especializada del MSPAS, pero operan sin supervisión ni control.

De predominio del pago directo de bolsillo:

- En 1997 el gasto de los hogares representaba el 42.9% del gasto nacional en salud. Este porcentaje se elevó a 50% en 1998.
- De los gastos de los hogares, alrededor del 61% son gastos directos de bolsillo; el 38% se destina a cuotas de la seguridad social y cerca del 0.4% al pago de primas de seguros de salud.

Con sistema regulatorio débil:

- El MSPAS, formalmente es el rector de la salud, no ejerce influencia sobre la seguridad social, los proveedores privados, ni sobre los seguros privados de salud.
- La regulación de los seguros privados por la autoridad financiera del país no incluye regulaciones específicas del aseguramiento en salud.

El MSPAS entrega servicios de salud, sin costo alguno y sin limitaciones predefinidas; las restricciones provienen principalmente de la disponibilidad de recursos correspondiente al nivel de complejidad de cada establecimiento. La red de servicios del Ministerio de Salud se organiza en tres niveles de atención (el primer nivel de atención incorpora la atención casa a casa, los centros de convergencia y puestos de salud; el segundo nivel, los centros de salud y el tercer nivel, los hospitales). Cuenta, con 3,861 establecimientos: 155 hospitales, 31 centros de salud tipo A (con camas), 925 puestos de salud y 2,501 Centros Comunitarios. En el área rural, la infraestructura de los servicios del MSPAS, no permite ampliar la cobertura ni prestar servicios con calidad y eficiencia, debido a la ubicación geográfica y a su capacidad instalada. La población tiene dificultad de acceso por barreras idiomáticas, de género y económico. Más de un tercio de la población guatemalteca que demanda atención en dichos servicios debe caminar 12 Km. ó dos horas para llegar al puesto o centro de salud más cercano.

Alrededor de 1997, el MSPAS inicia, un Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud en el primer nivel de atención con énfasis a grupos excluidos. Este Programa proveyó en el 2001 un paquete básico de servicios de salud a 3.084,078 habitantes (45% de población sin acceso) a través de 154 convenios con Prestadoras de Servicios de Salud. Para cubrir esto, el Ministerio de Salud asignó Q113,657,646.88 de presupuesto regular.²²

La cobertura alcanzada a través de este modelo se adicionó a las 5,078,253 personas atendidas a través de servicios tradicionales. Para el mejoramiento de la calidad ha desarrollado y aplicado una metodología referente a la Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación, denominada HACyA, dirigido a las Prestadoras y Administradoras de servicios de salud, vinculadas al modelo.

Por el impacto del modelo en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz y el beneficio de poblaciones postergadas, hay interés del MSPAS por mejorarla y encauzarlo para el primer nivel: población indígena, población en condiciones de desarraigo, desmovilizados y población agrícola migrante. Dicho interés contempla el aseguramiento de la asignación regular, suficiente y continua de los recursos financieros del presupuesto del MSPAS; de la entrega efectiva de todos los servicios del paquete básico de salud; de la institucionalización del proceso en cuanto a la conducción y apropiación por los niveles locales, supervisión del nivel departamental y la asistencia técnica del nivel central.

²² MSPAS/OPS/ASDI. Protección Social en Salud: Guatemala. Informe de Consultoría elaborado por GSD Consultores Asociados. Guatemala, Enero, 2002.

No obstante, los avances obtenidos por la extensión de cobertura en el primer nivel, la situación de salud prevaleciente evidencia la necesidad de: a) revisar, evaluar y adecuar el modelo conforme a las necesidades de la población y perfil epidemiológico local, b) fortalecer la capacidad de rectoría en los distintos niveles y c) desarrollar modalidades innovadoras que propicien el incremento de la capacidad de gestión local y la participación social.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- posee 79 establecimientos prestadores de servicios: 5 hospitales metropolitanos, 4 periféricos y 8 unidades municipales, en el departamento de Guatemala. En el resto de departamentos, cuenta con 18 hospitales, 20 consultorios, 15 puestos de salud y 9 salas anexas dentro de los hospitales del MSPAS. En cuanto a su cobertura de atención solamente la atención de accidentes tiene alcance nacional; la maternidad y enfermedad común solamente se cubre en 11 de los 22 departamentos del país. Presta servicios a empleados formales y sus familias (mujeres embarazadas y niños menores de 5 años). Por la organización productiva del país, los usuarios reales de sus servicios son empleados de ingresos medios y bajos, residentes en el Área Metropolitana y cabeceras departamentales del interior del país. Actualmente, se encuentran excluidos de la atención el trabajador agrícola migrante y los trabajadores denominados informales. Se encuentra en proceso la revisión de la Ley Orgánica y la propuesta de un modelo de atención

El sector privado que opera con fines de lucro, comprende desde consultorios hasta hospitales, además de farmacias, centros de diagnóstico y proveedores de equipo médico (órtesis, prótesis, etc.). Los establecimientos privados pueden recibir pagos directamente del bolsillo de los usuarios o bien de un seguro médico.²³

Los Seguros Privados tienen poca cobertura de atención a la población y un peso mínimo en el gasto en salud. Tradicionalmente, sólo las aseguradoras contra todo riesgo ofertaban seguros en salud, respaldadas por una red de proveedores preferidos. Actualmente, algunas asociaciones de médicos y centros hospitalarios han organizado esquemas de prepago, "iguales médicas" o seguros de salud; con la intención de prestar ellos mismos los servicios.

En la práctica, un usuario afiliado a la Seguridad Social, puede consultar en primera instancia a un servicio del MSPAS, efectuar sus exámenes de laboratorio en un servicio privado y, finalmente, intervenir quirúrgicamente en un hospital del Seguro Social.

Cobertura del Sistema de Salud:

De acuerdo a los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud – SIGSA- del Ministerio de Salud, las acciones preventivas y curativas del sector salud, para el año 2000, estuvieron dirigidas a atender una población de 11,687,000 habitantes. Sin embargo, dada las condiciones de capacidades institucionales la cobertura contabilizada fue de 84.4%, que fueron atendidas: MSPAS el 53.4%; ONG's en extensión de cobertura 21.6%; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sanatorios y hospitales privados 9.4%, por

²³ Información proporcionada por representantes de las aseguradoras e iguales médicas.

lo que, según estos registros, existe un 15% de la población sin acceso a los servicios.

Rectoría:

El MSPAS, fija las Políticas Nacionales de Salud y regula en su materia, efectúa el control sanitario de los proyectos habitacionales, los cementerios, el comercio local e internacional de productos agrícolas, alimentos procesados y productos farmacéuticos, el manejo y expendio de alimentos, los establecimientos de diversión y espectáculos públicos. En el campo de la prestación de servicios de salud, aun cuando se está desarrollando un régimen de acreditación de establecimientos, en la práctica las funciones de conducción y regulación se ejercen sobre su propia red de servicios.

En el marco de la Reforma Sectorial de Salud, fue emitido un nuevo reglamento orgánico del MSPAS, cuyo modelo organizativo incluye una Dirección de Regulación, Vigilancia y Control. La regulación es débil en áreas como la certificación y recertificación de profesionales, la acreditación de establecimientos de salud y la tutela en el cumplimiento de los contratos u ofertas de provisión de servicios por parte de proveedores privados. La capacidad de influencia es aún más lejana en espacios intersectoriales como el control de la calidad del aire y del agua.

La regulación del aseguramiento de la salud hacia el IGSS, sistema médico privado y sistema privado de seguros de salud es inexistente.

SECCIÓN 3

COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS: TENDENCIAS, INSTRUMENTOS Y COORDINACIÓN

Guatemala calificada como país de ingresos medios, se encuentra en la transición de ser sujeta de crédito, más que de donación en concepto de asistencia oficial para el desarrollo (AOD). Aun cuando percibe importantes recursos la tendencia acelerada decreciente es evidente, (reduciendo la bilateral, incrementando la multilateral a expensas de préstamos 76.4% del total de la AOD).

Dentro de la región, la subregión mesoamericana, formada por Centroamérica y México, se ha convertido en el mayor adjudicatario de los flujos netos de AOD, con un 45,3% del total en el 2000, destacándose dentro de la subregión: Honduras, Nicaragua y Guatemala.

El flujo de la cooperación internacional bilateral y multilateral para Guatemala en 2005 fue del monto de: US\$ 198. millones, monto que representa un estancamiento por segundo año consecutivo: La cooperación bilateral, aportó US\$ 61.2 millones en el 2005, que respecto al aporte del año 2000 de US\$ 173.6 millones representa una importante reducción.

De acuerdo con los registros oficiales de la Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), a partir de 2004 los desembolsos decrecieron, al cerrar en US\$ 55.1 millones. En 2005 hubo un incremento US\$ 61.2 millones, pero lejano de los montos de los años precedentes y el incremento registrado se considera a expensas de la asistencia humanitaria (AH) por Stan.



Entre 2000 y 2003, la cooperación bilateral concedida osciló entre los US\$ 107.5 millones y los US\$ 173 millones. En 2005, el principal flujo provino de Japón, con US\$ 24.1 millones, aunque su aporte en 2000 fue de US\$ 53.7 millones. Estados Unidos también redujo su ayuda económica a Guatemala, pues de US\$ 75.2 millones y US\$ 81.2 millones que hizo efectivos en 2000 y 2001, respectivamente, el año pasado sólo asignó US\$ 12 millones.

Estos países asignan fondos de cooperación directamente a organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en Guatemala. Esas contribuciones (11%) no tienen ningún control del Estado.

En el plano multilateral, la dinámica fue similar. Durante 2005, Guatemala recibió fondos por un monto de US\$ 136.7 millones, mucho menor a los US\$ 239.8 millones que se otorgaron en 2004 y a los US\$ 186.5 millones de 2003. US\$ 45.3 millones proceden del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE); US\$ 33 millones del Banco Mundial; aunque ese dinero proviene de organismos financieros internacionales y son créditos que impactan con el endeudamiento externo, no deja de tipificarse como cooperación, por las condiciones en que se dan.

Entre los organismos multilaterales que otorgan cooperación no reembolsable, se incluye a la Unión Europea, su aporte para el 2005, fue de US\$ 1.4 millones y en 2004 de US\$ 0.5 millones, cuando entre 2000 y 2003 las sumas fueron de US\$ 13.2 millones y US\$ 50.3 millones y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD en 2005, aportó US\$ 22.1 millones

Según analistas esta tendencia podría cambiar, por convenios ya suscritos con la UE, Alemania, Holanda y Japón que iniciarían a ejecutarse a partir de este año 2006.

El Gobierno y la Comunidad Internacional protagonizada por Suecia, Noruega, Estados Unidos y con nuestro apoyo han iniciado el diálogo para el desarrollo de condiciones para el SWAP.

Asistencia oficial para el desarrollo sanitario

La cooperación a la salud tanto bilateral como multilateral presenta similar tendencia de reducción y proyección que la AOD, incrementándose las operaciones crediticias de bancos multilaterales. La cooperación en salud del 2000 al 2005 se distribuyó de manera bastante uniforme entre tres áreas principales: actividades relacionadas con la población (incluidas la atención de salud reproductiva, control de enfermedades de transmisión sexual, en especial la infección por el VIH/SIDA, servicios de planificación familiar y gestión de la política de población y administración); apoyo a la salud básica (incluidas extensión de cobertura de atención de salud, infraestructura y control de enfermedades infecciosas), y a la salud general (incluidas formación e investigación en servicios médicos y política sanitaria y administración).

La mayor cantidad de recursos financieros destinados a salud provienen de fondos reembolsables del BID, destinados al Programa de Mejoramientos de

los Servicios de Salud. Los recursos no reembolsables, provienen de: Fondo Global (Malaria y VIH/SIDA), USAID, Suecia, Canadá, Unión Europea, Japón y OPS/OMS.

Para el 2006, se prevé tener US\$ 38. millones del Banco Mundial para el fortalecimiento de centros para la atención materno infantil del segundo nivel; US\$ 70. millones ya aprobados de Japón para Saneamiento Básico urbano, ambos proyectos reembolsables.

América Latina y el Caribe recibieron un aproximado de US\$ 361 millones en el año 2000 para la salud. Los cuatro mayores donantes en términos tanto absolutos como relativos fueron Estados Unidos, España, el Banco Interamericano de Desarrollo (Fondo Especial) y Japón. En cuanto a los beneficiarios, Nicaragua, Bolivia y Guatemala recibieron los volúmenes mayores de ayuda para la salud en la región (35% del total. En términos generales, a pesar del importante AOD a la salud, los analistas recalcan que las cantidades son bastante inferiores a las requeridas para alcanzar las metas sanitarias internacionales.

La OPS/OMS ha cultivado y mantiene fuertes relaciones con la comunidad internacional, principalmente con los cooperantes en salud y ha estrechado activas y productivas relaciones con los socios como Suecia, Finlandia, USAID, Japón y Cuba.

Actualmente, la representación ejecuta articuladamente con el MSPAS un proyecto financiado por Suecia/ASDI, del orden de US\$ 5.6 millones, destinado al proceso de reforma sectorial, con énfasis en la extensión de cobertura del modelo de atención en el nivel uno y dos en las poblaciones en exclusión. Este proyecto representa anualmente más del 50% de los recursos que ejecuta la representación.

Asistencia Humanitaria:

En el período del 4 al 9 de octubre 2005, Guatemala se vio afectada por el paso del Huracán Stan (45% de su territorio), la pérdida de vidas humanas, de la infraestructura básica familiar, comunitaria privada y pública fue importante, estimaciones de estudio económico realizado interagencialmente y coordinado por la CEPAL, reportan que monto total del impacto fue del orden de US\$ 983. millones. Comunidades en extrema pobreza, eminentemente rurales e indígenas fueron las más afectadas.

El Gobierno y el SNU, tras un análisis de la situación, elaboraron el flash appeal que recogía las necesidades de respuesta inmediata por el orden de US\$ 22 millones, presentado a la comunidad internacional quién dio una respuesta inmediata.

La movilización total de AH es del orden de los US\$ 34 millones, de los cuales US\$ 12.550, millones fueron entregados por Japón, China-Taiwán, BCIE y OEA para la ejecución directa al Gobierno y US\$ 21. 074, millones aportaron diversos cooperantes para la ejecución de las distintas agencias, fondos y programas del SNU.

RECURSOS COMPROMETIDOS POR LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL FLASH APPEAL
GOBIERNO DE GUATEMALA / SNU

SEGÚN DONANTES

AL 7 DE DICIEMBRE DE 2005

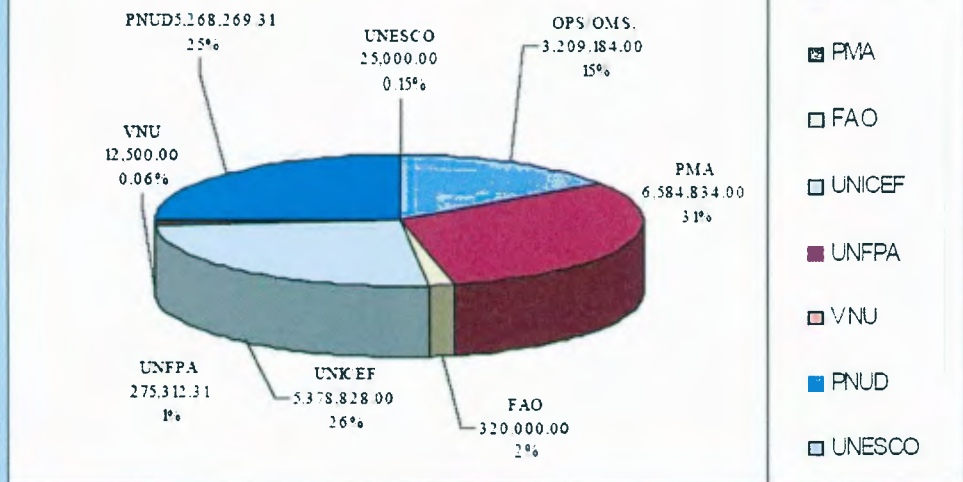
| No. | Donante | Monto en US\$ | No. | Donante | Monto en US\$ |
|-----|-----------------------|---------------|-----|---|---------------|
| 1 | Suecia (ASDI) | 963,000.00 | 14 | Japón | 200,000.00 |
| 2 | Noruega | 2,383,291.00 | 15 | Suecia | 3,000,000.00 |
| 3 | Gobierno de Noruega | 1,229,280.00 | 16 | Luxemburgo | 120,192.31 |
| 4 | Canadá | 73,388.00 | 17 | Finlandia | 50,000.00 |
| 5 | Gobierno de Canadá | 211,865.00 | 18 | ECHO | 120,192.31 |
| 6 | Holanda | 1,432,000.00 | 19 | New Zeland AID | 105,120.00 |
| 7 | Gobierno de Holanda | 1,450,000.00 | 20 | Gobierno de Suecia | 1,863,685.00 |
| 8 | Mónaco | 29,825.00 | 21 | Comité UNICEF Luxemburgo | 120,192.00 |
| 9 | Estados Unidos | 200,000.00 | 22 | Nueva Zelanda | 103,806.00 |
| 10 | Estados Unidos (USAD) | 3,510,040.00 | 23 | Private | 50,000.00 |
| 11 | Suiza | 232,558.00 | | Subtotal | 18,857,412.52 |
| | US Friends of WFP | 100,000.00 | | Recursos adicionales de las agencias del SNU | 2,216,515.00 |
| 12 | | | | TOTAL | 21,073,927.52 |
| 13 | España | 1,308,978.00 | | | |

Los temas priorizados en el flash appeal son: Agua y saneamiento básico, seguridad alimentaria, vivienda e infraestructura social, servicios de salud, comunicación y acceso a servicios.

RECURSOS COMPROMETIDOS POR LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL FLASH APPEAL
GOBIERNO DE GUATEMALA / SNU

POR AGENCIA RESPONSABLE DEL SNU *

AL 7 DE DICIEMBRE DE 2005



* En coordinación con las instituciones sectoriales y temáticas del gobierno

La SEGEPLAN también registra la asistencia técnica directa proporcionada por distintos países e instituciones, destacándose la delegación de 322 médicos de la cooperación cubana y registra la asistencia en especie de múltiples fuentes.

La Organización coopero desde las primeras horas de la emergencia con el Ministerio de Salud, la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres – CONRED – y la SEGEPLAN, con recursos técnicos y financieros, destinados al fortalecimiento de la capacidad de respuesta y del manejo de suministros.

Consultores regionales, internacionales y nacionales se sumaron a los equipos del MSPAS y de la CONRED para el reconocimiento y asistencia técnica y especializada, en las áreas más afectadas en el interior del país.

Alianzas estratégicas nacionales

Se han identificado, promovido y establecido importantes alianzas con instituciones nacionales para el trabajo efectivo con la OPS/OMS y con el Ministerio de Salud, bajo la convicción de que nuestra cooperación debe traducirse en fortalecimiento de las capacidades del país y sus instituciones, se destacan:

- Con las Universidades y el Ministerio, actuando la OPS/OMS como catalizador del proceso de formación y capacitación de recursos humanos en salud.
- Entre las alcaldías municipales y el sistema de salud. La cooperación contribuyó a construir alianzas que concluyeron en la declaración conjunta y trabajo efectivo entre la ANAM, INFOM y el Ministerio de Salud.
- La cooperación ha contribuido establecer alianzas y consensos entre Congreso de la República y Ministerio de Salud para generar las bases legales y fortalecer la institucionalidad del sector.

Alianzas interagenciales

La OPS/OMS mantiene activas y productivas relaciones con todas las agencias, fondos y programas del Sistema de Naciones Unidas SNU en el país, y participa activamente en el Equipo de País y en los Grupos Interagenciales que de él se derivan.

Guatemala es uno de los países piloto de la Reforma del SNU. Todas las agencias representadas directa o indirectamente en Guatemala participan activamente de este proceso. Los enfoques seguidos se han basado en los lineamientos sugeridos por la sede de la ONU, con adaptaciones a las condiciones propias del país.

El proceso de la Reforma se ha centrado en dos ejes. El primero orientado a buscar una mayor eficiencia en el uso de los recursos. La estrategia central ha sido propiciar mecanismos de negociación grupal y contratación individual; la búsqueda de economías de escala y la racionalización en el uso de los

recursos. El segundo eje está relacionado con los aspectos técnico-programáticos, bajo la filosofía de buscar una mayor complementariedad entre agencias en torno a temas y metas de interés común, propiciando así la elaboración y el desarrollo del segundo CCA/UNDAF 2005-2008, suscrito por el Gobierno en junio 2005. En el marco de este proceso hemos promovido el resultado de políticas públicas de protección social con enfoque de equidad.

El Gobierno de Guatemala ha aceptado el compromiso de apoyar y auspiciar el proceso de reforma, pero también ha expresado que para que éste proceso tenga éxito, es fundamental que el Gobierno sea fuerte y con capacidad de dirigir la cooperación externa hacia objetivos de interés nacional.

Se han elaborado intergencialmente y publicado 6 Informes Nacionales sobre el Desarrollo Humano INDH, uno de ellos dedicados a la Salud y la Mujer y 2 Informes sobre los avances en el alcance de los ODM. El flash appeal para la movilización de asistencia humanitaria para Stan y el estudio sobre el impacto económico del huracán Stan coordinado por la CEPAL.

Se han hecho progresos importantes en la creación de 10 grupos temáticos que conjugan la participación y experiencia de las diversas agencias del sistema interesadas en temas específicos. En septiembre 2005, se conformó el Grupo Intergencial de Salud liderado por la OPS/OMS.

| Equipo del SNU en el País | Los Grupos Temáticos |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Banco Mundial ▪ FAO ▪ FMI ▪ OACNUDH ▪ ODD (PNUFID) ▪ OIM ▪ OIT ▪ ONUDI ▪ ONUSIDA ▪ OPS/OMS ▪ PMA ▪ PNUD ▪ UNESCO ▪ UNFPA ▪ UNICEF ▪ UNOPS ▪ UNDSS ▪ VNU ▪ OCR | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo Intergencial de Genero – GIGAM ▪ Grupo Intergencial Indígena – GRUTIM ▪ Grupo Intergencial de Educación – GIE ▪ Grupo Intergencial de Comunicación e Información – GICI ▪ Grupo Intergencial de Justicia – GIJUS ▪ Grupo Intergencial de Salud – GIS ▪ Grupo Intergencial de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN ▪ Grupo Intergencial de SIDA – ONUSIDA ▪ Grupo Intergencial Operativo – GIO ▪ Equipo De Manejo De Seguridad -SMT |

Se ha desarrollado así mismo, buenas relaciones de trabajo e intercambio con el BM y el BID, que han fortalecido nuestras apreciaciones sobre el entorno económico de la cooperación.

Relaciones con el Ministerio De Salud Pública y Otras Contrapartes Nacionales

Las relaciones con el Ministerio de Salud son satisfactorias. Además de las reuniones periódicas entre el PWR y el Ministro, se realizan periódicamente intercambios entre el personal de la Representación y del Ministerio a nivel central, y en las Áreas de Salud, que permite una efectiva ejecución del BPB y PTS.

Con el Ministerio a nivel central se mantienen algunas líneas de trabajo más generales relacionadas con el proceso de reforma de salud y a la implementación del nuevo modelo de atención del Sistema de Atención Integral (SIAS), con énfasis en los niveles 1 y 2 de atención. También se mantiene una cooperación vinculada al desarrollo de la Protección Social de la Salud con acciones a nivel del IGSS, del Congreso, y otras organizaciones civiles.

En el seno del Ministerio de Salud, el énfasis es en atención integral de la niñez y embarazadas, seguridad alimentaria y nutricional y en las metas de reducción de mortalidad infantil y materna y de desnutrición aguda y crónica.

Las relaciones con el IGSS son amplias. Además de la cooperación en aspectos específicos como la adquisición de medicamentos y vacunas, y en apoyo al fortalecimiento de sus departamento de epidemiología, en los últimos meses se ha apoyado el fortalecimiento de sus capacidades de planificación y se ha trabajado con sus mas altos directivos en función de promover una perspectiva estratégica favorable a la reforma de la seguridad social con un enfoque de equidad y de extensión de la protección social.

Las relaciones con el Congreso se han fortalecido considerablemente. Estamos cooperando, en un conjunto de procesos dirigidos a fortalecer los conocimientos de los parlamentarios sobre la legislación sanitaria y en la promoción de temas de suma importancia para el DNS.

Con organizaciones no gubernamentales (ONGs) se han desarrollado relaciones con las que hemos contribuido a fortalecer su comprensión de la dinámica del sector salud, su capacidad propositiva y el establecimiento de relaciones mas maduras con el Ministerio de Salud Pública. A título de ejemplo podemos mencionar las relaciones con ASECSA, asociación de ONGs que enfatizan en la atención primaria participativa y que cuentan con miles de promotores de salud en el país, la mayoría vinculados a diferentes iglesias. Las relaciones con la Instancia Nacional de Salud, red de ONGs tradicionalmente contestaría, que en los últimos meses ha desarrollado una propuesta alternativa de modelo de atención primaria, con mayor énfasis en lo intercultural y en la participación comunitaria, el cual está siendo aplicado experimentalmente en dos municipios del país, en alianza con el Ministerio de Salud Pública.

SECCIÓN 4

ACTIVIDADES ACTUALES DE COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN GUATEMALA

Una breve perspectiva histórica:

La OPS/OMS en Guatemala ha jugado un papel importante en todo el proceso de legislación y regulación de la Salud y en el desarrollo de los servicios a través de sus consultores internacionales en el país, así como de consultores regionales y nacionales.

La modalidad operativa de la OPS durante el período de 1920 a 1943 consistía en la visita de representantes viajeros que promovían acciones orientadas a mejorar la Salud Pública en los países de la América. A principios de los años 40 la OPS se organizó en seis zonas; la Zona III se ubicó en la ciudad de Guatemala en junio de 1943 a la cual pertenecían los países de: Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Honduras Británica (Belice)²⁴.

Un acontecimiento importante para la OPS Guatemala fue la creación en el año 1946 del INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá) como un centro especializado panamericano, con sede en Guatemala.

La Sede de la Zona III de la OPS en Guatemala y posteriormente de la Representación de OPS/OMS, estuvieron situadas en la zona 1 de la ciudad y posteriormente fueron trasladadas a la Sede actual en el Edificio Etisa frente a la Plazuela España en la zona 9²⁵.

En 1983, la OPS/OMS establece que los países constituyen la unidad básica de producción de la cooperación técnica (CT) de la Organización e inicia la búsqueda de una articulación lógica, dinámica y unitaria de la Oficina Global y Regional con las Oficinas de País, reflejando los niveles de descentralización, las responsabilidades y funciones respectivas.

En los años 90 frente al avance de los procesos de Reforma de los Estados y del sector salud, la descentralización de los servicios de salud, así como hechos sociales de pobreza, conflictos armados, violencia interna, desplazamiento de grandes grupos poblacionales, debilidad institucional, especialmente a nivel local, algunas Oficinas de País, inician una adecuación de la cooperación técnica a esta nueva situación. Este contexto descrito hace que la OPS/OMS en Guatemala inicie con mecanismos particulares la estrategia de desconcentración de la cooperación técnica, denominada "Cooperación Técnica Descentralizada - CTD" focalizada en niveles subnacionales: departamentales y municipales.

La CTD nace en Guatemala entre los años 91 y 92. En el 91, OPS/OMS se incorpora a un esfuerzo Interagencial de Naciones Unidas llamado PRODERE. Este era un proyecto Centro Americano de desarrollo que atendía a las

²⁴ OPS/OMS. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington 1992. P. 52

²⁵ OPS/OMS. Guatemala. Reunion de Ex- funcionarios Hotel Princess. Guatemala 2000.

poblaciones refugiadas y desplazadas por la guerra. Sus acciones las focalizaban en el departamento de El Quiché, en los municipios de: Ixcán, Chajul, Cotzal y Nebaj. Esta experiencia motivó contratar consultores para vivir permanentemente en esos lugares.

Por su lado el INCAP/OPS estaba desarrollando otra experiencia de proyectos especializados a nivel local llamado Grupo Técnico Básico GTB; tenían un equipo de consultores que viajaban a El Quiché, Huehuetenango, e Ixcán. Otra experiencia a nivel local era el programa de medicamentos esenciales, impulsado por OPS/OMS, con un grupo de médicos que visitaban los departamentos de la república principalmente los postergados, dando asistencia técnica al nivel local.

Con financiamiento del programa de Cooperación Intensificada de la OMS – ICO (de 1991 a 1995) se trabajaba con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social - IGSS- para la atención al trabajador agrícola migrante interno (trabajadores agrícolas temporeros que según estudios constituyen la población de extrema pobreza) se tenían consultores en el campo para promover la extensión de cobertura de la seguridad social.

En el año 91 con la epidemia del cólera se establecieron equipos descentralizados en cada departamento como un esfuerzo conjunto Ministerio de Salud y OPS/OMS. Esta experiencia permitió desarrollar una propuesta de cómo cooperar de forma descentralizada y articulada. En 1994 la OPS/OMS firma con el Ministerio de Salud el primer convenio para formalizar y oficializar la CTD. A solicitud del Ministerio, pero con base propositiva de la experiencia de los distintos programas de cooperación local de OPS/OMS y con el financiamiento de Suecia, se oficializan y surgen las oficinas subnacionales, integradas con equipos de consultores multidisciplinarios para operativizar la estrategia de CTD (en Ixcán, Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz, Peten, Escuintla, Izabal y Zacapa lugares críticos por la guerra. Es en el municipio de Ixcán el último lugar donde hubo combates en la semana de la firma de los acuerdos de Paz).

En el año 1996 se da en Guatemala un hecho trascendente que fue la firma de los acuerdos de paz, y surge el proceso de Reforma de Salud, que a pesar de ser un proyecto finando por el BID, el gobierno de esa época decide generar una experiencia innovadora de desarrollo del modelo de atención en salud que sirvió para lo que ahora se denomina Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Este antecedente le dio a la estrategia de CTD un nuevo carácter y fue el de contribuir a pasar de la guerra a construir la paz, trabajando de 1997 al 2002 en el desarrollo de mecanismos para la extensión de cobertura de servicios de salud a las poblaciones en rezago a través de elevar la capacidad gerencial y fortalecer la rectoría del sector por parte del MSPAS. En el 2003 se cierran las oficinas e inicia la etapa de la transición de la CTD, la necesidad de revisar la experiencia y el financiamiento, en un nuevo contexto nos lleva a generar una nueva modalidad denominada CTDI, que parte de generar al interior de la representación un accionar interprogramático que se concreta y focaliza en las zonas geográficas donde funcionaron las oficinas subnacionales, coordinado el trabajo por los consultores internacionales

responsables de las cuatro áreas técnicas según la estructura de la representación.

A finales del 2005 y a la luz del proceso iniciado del CCS se está generando una estrategia distinta que da paso a la entrega de la cooperación técnica más articulada con los niveles decisorios de la política de salud y con los distintos actores que hacen al DNS, por lo que los roles y responsabilidades de la cooperación se van evidenciando con mayor claridad. Así, cabe a la OPS/OMS promover el mayor aprovechamiento del desarrollo científico nacional en salud en el impulso de líneas de acción y proyectos innovadores de interés para las Áreas de Salud y colaborar en la extensión de las experiencias de éxito del sistema de salud guatemalteco, cumpliendo también la premisa de generar autosuficiencia de las instituciones del país para administrar la cooperación técnica.

Actualmente, el nivel central del MSPAS asiste técnicamente y supervisa a las Áreas de Salud y estas a su vez a los Distritos, al tiempo que los consultores de la Oficina de OPS/OMS trabajan articuladamente con ambas instancias, en el fortalecimiento de la rectoría del nivel central del MSPAS.

Principales áreas temáticas, modalidades de trabajo y papel de la OPS/OMS en Guatemala:

El marco de cooperación de la OPS/OMS al país parte de reconocer el estado de salud de la población como un producto social, en el que se conjugan macrodeterminantes políticos y económicos; condicionantes de educación, empleo, nutrición, medio ambiente, crecimiento demográfico y estilo de vida; y el estado de los servicios de salud.

Enfrentar los retos de este complejo causal es una responsabilidad compartida del Estado, la sociedad y la cooperación internacional. Por ello durante los últimos diez años la cooperación de la Organización, estuvo orientada a contribuir con el proceso de Paz y el de Reforma Sectorial, prioritariamente en la implementación del modelo de extensión de cobertura Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), en las poblaciones en exclusión. Procesos priorizados dentro de las políticas de Gobierno y las políticas de salud.

Las áreas programáticas durante estos diez años se mantuvieron con pocos cambios en su nomenclatura, manteniéndose la filosofía de los mismos: Salud en el Desarrollo, Salud y Ambiente, Promoción y Protección de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades, Políticas y Sistemas de Salud, Cooperación Técnica Entre Países y Cooperación Técnica Descentralizada estas dos últimas aunque modalidades de cooperación, mantuvieron una expresión programática (1996 a 2002).

Del 2003 al 2006 la apertura programática considera: Salud Familiar y Comunitaria, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Acceso Universal a Servicios y Tecnologías de Salud y Epidemiología, Prevención y Control de Problemas Prioritarios y Gestión y apoyo al Desarrollo Nacional de la Salud. En este

período se amplia el marco de cooperación, principalmente en el 2005 que se impulsa la cooperación en el alcance de las MyODM.

El Área temática de Salud familiar y Comunitaria tiene como principal responsabilidad dinamizar la cooperación desde la perspectiva de la familia como unidad productora y reproductora de salud y enfermedad y como unidad de intervención, incorporando la perspectiva de ciclo de vida. Este tema agrupa los temas de seguridad alimentaria nutricional, salud reproductiva, salud de la niñez, de la mujer, del hombre y del adulto mayor, inmunizaciones, salud mental, violencia intrafamiliar y equidad étnica y de género.

El Área de Acceso Universal a Servicios y Tecnología de Salud tiene como principal responsabilidad dinamizar la cooperación para la promoción de políticas públicas incluyentes y solidarias en salud, el fortalecimiento del sistema de servicios de salud, incluyendo acceso a medicamentos, laboratorios y otras tecnologías básicas, y el desarrollo de un modelo de atención integral y su recurso humano, con énfasis en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y en los procesos de descentralización.

El Área de Ambiente y Desarrollo Sostenible tiene como principal responsabilidad dinamizar la cooperación para la promoción de espacios y ambientes saludables, así como en el fortalecimiento y desarrollo institucional para el impacto sobre el ambiente, la conservación del agua y el saneamiento básico, con énfasis en el nivel municipal y la preparación y respuesta en las emergencias y desastres.

El Área de Epidemiología, Prevención y Control de problemas prioritarios de salud tiene como principal responsabilidad dinamizar la cooperación para el fortalecimiento de las capacidades de análisis de situación de salud y para el fortalecimiento de la vigilancia, prevención y control de los problemas de salud prioritarios.

Las crecientes e innovadoras demandas de cooperación así como el peso del quehacer administrativo que ello representa, nos ha llevado a que en noviembre 2005, se retomó el Plan de Desarrollo de la Representación 2006 - 2010, el cual integra el quehacer técnico y administrativo y lo orienta a desarrollar el trabajo en equipo. A buscar la excelencia técnica y al compromiso con las Políticas Nacionales y el Plan Estratégico de la Organización.

La estructura orgánica de la representación de OPS/OMS en Guatemala esta integrada por el representante que mantiene la dirección y coordinación de cooperación de la Organización en el país y quién se apoya para ello en un espacio interno de coordinación denominado Consejo Técnico Asesor CTA; en cuatro Áreas Técnicas, correspondientes a cada programa temático: Salud Familiar y Comunitaria, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Acceso Universal a Servicios y Tecnologías de Salud y Epidemiología, Prevención y Control de Problemas Prioritarios y tres Unidades de Apoyo: La Unidad de Administración, La Unidad de Análisis y Planificación Estratégica y La Unidad de Tecnología, Comunicación e Información. Las Unidades constituyen el apoyo técnico y operativo para los procesos de decisión y de construcción de alianzas.



Recursos Humanos:

La OPS/OMS coopera con el sector salud de Guatemala, principalmente con el MSPAS en el desarrollo de su Sistema de Salud, a través del Recurso Humano internacional y nacional ubicado en el país, de consultores de la Oficina Regional, subregionales, de la red de cooperación técnica de la OPS/OMS de toda América y de la Oficina Global.

Moviliza cooperación técnica de los centros panamericanos, de los centros colaboradores y de otras instituciones, particularmente del Continente Americano.

Aporta experiencias e intercambio de información científica y técnica nacional e internacional en los diversos componentes del desarrollo de la salud, pero sobre todo vincula las experiencias desarrolladas en los temas de prioridad nacional para su aplicación en las zonas geográficas más rezagadas y a nivel nacional. La Oficina Regional ha apoyado a la representación en este esfuerzo en temas de legislación sanitaria como la elaboración y negociación del Código de Salud, en el proceso de reforma sectorial, extensión de la protección social, inmunizaciones, movilización de recursos extrapresupuestarios, atención a emergencias y desastres, atención a población indígena, entre otros.

La Oficina Global ha contribuido con la representación por más de quince años en el tema de medicamentos esenciales y contribuyó en el tema de financiamiento de la salud en poblaciones en extrema pobreza (migrantes, indígenas, afectados por el conflicto armado).

A nivel subregional se ha cooperado con el apoyo de la Oficina Regional, consultores subregionales y de las otras representaciones de la subregión en el tema de la integración centroamericana, género, discapacidad, salud mental, medicamentos esenciales, atención a emergencias y desastres, reforma sectorial, adolescentes, VIH/SIDA y manejo de plaguicidas.

En cooperación técnica entre países se ha generado un valioso intercambio de experiencias, metodologías e instrumentos en temas como: agua en comunidades indígenas, atención y control de enfermedades como el chagas, atención a población migrante, seguridad alimentaria, desarrollo municipal, extensión de cobertura e inmunizaciones, con los países de la subregión, Cuba y México.

La representación ha cooperado con otras representaciones de la región en temas como medicamentos esenciales, desarrollo institucional, salud mental, atención a emergencias y desastres, atención a poblaciones fronterizas y migrantes, inmunizaciones y desarrollo administrativo. A nivel regional se participa en 4 de los 11 procesos de la Ruta de Cambio de la Organización.

En Guatemala la cooperación técnica directa al desarrollo ha sido la principal modalidad de cooperación de la Organización y a través de ella se ha promovido la aplicación de metodologías e instrumentos, se han establecido vínculos y alianzas estratégicas con actores sociales y otras agencias de cooperación, ha concretado esta aplicación en los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos y colabora en la transferencia al país de bienes públicos internacionales, útiles al desarrollo nacional de la salud.

A diciembre 2005, la plantilla del personal de la Representación en Guatemala estaba compuesta de 67 personas que se detallan a continuación, de acuerdo con la naturaleza de su contratación:

| Tipo de contratación | 2005 | 2006 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| Profesionales Internacionales | 5 | 4 |
| National Officer (administradora) | 1 | 1 |
| Profesionales Nacionales | 13 | 09 |
| Personal de servicios generales | 10 | 10 |
| Personal asignado Minsalud | 19 | 14 |
| Personal de agencia de Empleo | 14 | 11 |
| Consultor asignado INCAP | 2 | 2 |
| Consultor a Corto Plazo | 2 | 2 |
| Voluntario de Naciones Unidas | 1 | 0 |
| TOTAL | 67 | 53 |

A enero de 2006, la plantilla se redujo a 53, principalmente a expensas de profesionales nacionales, personal asignado por el MSPAS y de personal de contratación por agencia de empleo que constituyen personal secretarial, de limpieza y mantenimiento. La reducción es secundaria a la revisión de la cooperación que se ha venido dando frente a lo que el país necesita, tanto

financieramente como de orientación y esto dentro del proceso de CCS. En el primer semestre 2006 se espera contar con dos recursos internacionales más.

La plantilla actual cuenta con 29 mujeres y 24 hombres, en la plantilla de mujeres se cuenta con 9 profesionales (7 NAPs, una N.O y una STC), 7 oficiales administrativas y 13 personal de apoyo secretarial. Los cargos de gerencia media de la representación están integrados por los cuatro profesionales internacionales hombres, 2 mujeres (1 NAP y 1N.O) y 1NAP hombre.

Recursos Financieros:

Durante el bienio 2004-2005 la Representación de Guatemala tuvo un presupuesto asignado de US\$11,742,299.87, integrados por el 21% de fondos regulares y el 79% de fondos extrapresupuestarios; se ejecutaron US\$8.128,374.61 (69%). Del total ejecutado, el 25% (\$2,036,148.66) corresponden al presupuesto regular y 75% (\$6,092,226.95) a fondos extrapresupuestarios. Adicionalmente, el 70% corresponden al 999 - Costos Generales de Proyectos; 24% al 550 – Suministros y Equipo; y un 6% al 490 – Gastos Operativos.

Es importante mencionar que de los fondos extrapresupuestarios ejecutados, el 55% corresponde a los proyectos: Extensión de Cobertura de Servicios en el Segundo Nivel de Atención en Salud de Finlandia (19%); Modelo Integral de Salud – ASDI III (18%) y los Proyectos del *Flash Appeal* para apoyar la Emergencia de la Tormenta Stan (18%). El 45% corresponde a otras fuentes extrapresupuestarias, incluyendo los convenios locales suscritos con el Ministerio de Salud Pública.

Para bienio 2006-2007 la PWR-Guatemala inició con un presupuesto aprobado de fondos regulares de US\$2,351,000.00 y un monto inicial de fondos extrapresupuestarios que asciende a US\$3,474,600.00; este último monto puede ser incrementado durante el bienio en función nuevas remesas de los proyectos aprobados y a la movilización de nuevos recursos.

Infraestructura:

La Representación de OPS/OMS en Guatemala cuenta con instalaciones propias y arrendadas en el edificio Etisa, zona 9. El espacio propio ubicado en el 3er. nivel tiene una extensión de 748.10 metros cuadrados, actualmente en remodelación.

Se tienen contratos de arrendamiento de 2 espacios ubicados en el área del sótano del edificio. Uno de estos acomodados para oficinas tiene un área de 230 metros cuadrados a razón de Q40.73 mt² con un monto de Q9,367.00 de alquiler mensual (a partir de marzo 2006 se dejara de contratar), y el segundo ocupado por la bodega de suministros, reproducción de documentos y salas de reuniones, con una extensión de 165 metros cuadrados, a razón de Q40.73 mt² con un monto de Q6,720.00 de alquiler mensual.

Para el estacionamiento de los vehículos oficiales, se tienen ocho parqueos a razón de Q715.00 cada uno mensualmente.

En calidad de préstamo se encuentra un espacio en el INCAP, que alberga la bodega de archivo muerto, de mobiliario y equipo en desuso, con un espacio de 100 metros cuadrados.

Seguridad:

Plan de Seguridad

El Plan de Seguridad del Sistema de Naciones Unidas en Guatemala se actualiza periódicamente, la última actualización se realizó en el último semestre del año 2005, con la participación de todas las Agencias del Sistema y bajo la coordinación de UNSECOORD.

Red en caso de Emergencia

Se cuenta con una red organizada e integrada por todos los miembros del SNU, en el que personal de la representación forma parte activa, se han identificado los puntos focales de zona o guardián de zona de la Red en caso de Emergencia.

Se ha capacitado al personal de la Representación en temas específicos como: primeros auxilios, combate a incendios, evacuación de oficinas y edificios y seguridad en los lugares de trabajo, a manera de fortalecer las capacidades y conocimientos de los funcionarios e implementarlos en el momento de una emergencia.

La Representación mantiene el documento de la Red de Emergencia permanentemente actualizado, con direcciones, teléfonos, se elaboraron mapas de zonas de evacuación y localización de extintores y se nombraron puntos focales de la Red que están equipados con radio portátil conectado a la frecuencia de Naciones Unidas. En función de mejorar la cultura de seguridad en la Representación, se han realizado algunos simulacros de evacuación en coordinación con el punto focal de desastres de la PWR y el FSO del Sistema de Naciones Unidas, ejercicios que han dejado lecciones aprendidas y experiencias para el mejoramiento continuo y fortalecimiento de la red.

Tanto el Plan de seguridad como el documento de la Red de emergencia se encuentran colocados en la página Intranet de la Representación, para su fácil acceso a todo el personal.

El tema de seguridad se ha venido fortaleciendo durante los últimos años, efectuando inversiones, gastos y acciones, de acuerdo a los lineamientos de Seguridad del Sistema de Naciones Unidas.

Grupo Golán, Alfa Uno. SA.

Para la protección física de la propiedad y el resguardo de los bienes de la Organización, se utilizan los servicios de la empresa de seguridad Grupo Golán, Alfa Uno, SA, el servicio incluye:

- Un oficial, Jefe de grupo, para vigilancia, supervisión, control de visitantes y empleados en las oficinas del 3er. Nivel, a un costo de Q4,032.54 mensual (7 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes).
- Un oficial, para vigilancia, control de visitantes y empleados en las oficinas del área del sótano a un costo de Q4,041.04 mensual (7 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes).
- Un oficial, para vigilancia control de visitantes y empleados en el área del sótano, en donde se encuentran las salas de reuniones y bodega a un costo de Q4,041.04 mensual (7 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes).
- Un oficial de turno a un costo de Q4,041.04 mensual (7 p.m. a 7 a.m., todo el año dentro de la oficina del 3er. Piso y con rondas en el sótano).
- Equipo de apoyo a razón de Q1,005.76 mensual, que incluye:
Un radio portátil para comunicación externa con la empresa
- Servicio de supervisión y monitoreo, asistencia de patrullas y alarmas de 24 horas a razón de Q1,176.00 mensual.

El servicio incluye capacitación a los oficiales y asesoría general y específica en materia de seguridad.

Sistema de Alarmas

Las oficinas de la Representación poseen un sistema de alarma provisto por la empresa Enosh del Grupo Golán, el cual esta conectado directamente, vía teléfono a la central de la empresa las 24 horas. Cuenta con sensores para detección de personas y de humo y cámaras para el monitoreo en las áreas del sótano (bodega –salas de reuniones). Y con botón de pánico por medio de control inalámbrico para la oficina del señor Representante; contactos magnéticos y chapas en puertas de salidas de emergencia del 3er. Nivel y las líneas telefónicas conectadas a las alarmas.

Circuito Cerrado de Televisión - CCTV

Se ha continuado trabajando con un sistema de circuito cerrado de televisión con el cual se monitorea el movimiento y circulación de personas en las oficinas de la Representación (bodega, salas de reuniones y área técnica sótano. Las grabaciones de las filmaciones se efectúan en las cámaras ubicadas en el 3er.nivel para dicho propósito. La distribución del equipo se encuentra así:

- Una videograbadora programada para 36 horas de vigilancia
- Tres cámaras de video instaladas en las puertas principales de las oficinas (3er. Nivel, sótano área técnica y bodega-salas de reuniones)
- Tres monitores ubicados en la Recepción
- 24 cartuchos de video de VHS de 8 horas

Sistema de Control de Acceso

La Representación ha venido trabajando con un sistema de control de acceso a las oficinas, el cual funciona a través de tarjetas de proximidad. Este sistema de seguridad está complementado por una exclusiva que permite: I) ser utilizada directamente por los funcionarios a través de los gafetes, con una doble función: a) llave de acceso para la oficina y b) documento de identificación del funcionario de la Organización. Y II) permite que las personas que vienen de fuera a efectuar gestiones de carácter administrativo, no ingresen más allá de las oficinas de la recepción.

Coordinación con el Sistema de Naciones Unidas

Se mantiene una comunicación y coordinación estrecha y constante entre la representación, el Sistema de Naciones Unidas, el SMT, el GIO y el FSO sobre el tema de seguridad, logrando obtener avances importantes e implementar mejoras sustantivas en las medidas de seguridad para los funcionarios de la Oficina y asegurar que se cumplan los lineamientos y directrices que genera UNSECOORD.

Estándares Mínimos de Seguridad Operacional en el Terreno Minimum operating safety standard (MOSS)

La Representación tiene implementado el MOSS de acuerdo a los requerimientos de UNSECOORD y aprobados para Guatemala a nivel Interagencial:

1. La adquisición del equipo de radio comunicación (móviles y portátiles)
2. Se revisó y reactivó el sistema de cadenas de avisos de las agencias del sistema, estableciendo el sistema de guardianes para todo el personal de la Agencias del SNU y para personal internacional.
3. La actualización del plan de seguridad y de la lista de funcionarios dependiente y empleados.
4. Realización de varios cursos de capacitación en seguridad.
5. Se efectuó una evaluación del riesgo de las instalaciones.

FODA (realizado en diciembre de 2005)

FORTALEZAS

- La Organización mantiene un espacio de cooperación técnica de acción relevante, prestigio, poder de convocatoria

- Mantiene la capacidad técnica y de análisis, capacidad de respuesta oportuna y movilización de recursos
- Credibilidad, transparencia en el manejo de recursos
- Transferencia de experiencias exitosas
- Incremento proyectos CTP.

DEBILIDADES

- Clima organizacional afectado por la transformación institucional
- Limitada coordinación técnica-administrativa
- Procesos administrativos concentrados
- Exceso de cargas de trabajo administrativo tanto en el área técnica, secretarial como en la administrativa, con duplicación de actividades.
- Permisividad institucional en solicitudes externas de trámites administrativos.

AMENAZAS

- Falta de cumplimiento de normas institucionales por parte de la contraparte nacional.
- Estructuras paralelas en el Ministerio de Salud
- Alta dependencia del Ministerio de financiación externa
- Bajo gasto público en salud
- Periodo Pre-eleccionario.

OPORTUNIDADES

- Metas de salud
- Acuerdos de Paz
- Agenda Nacional de Salud
- Ley de Seguridad Alimentaria
- Compromiso de la 2da. Evaluación de gobierno de las metas del milenio

SECCIÓN 5

EL MARCO POLÍTICO DE LA OPS/OMS: DIRECTRICES MUNDIALES Y REGIONALES

SECCIÓN 6

LA AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN AL PAÍS: PRIORIDADES ACORDADAS CONJUNTAMENTE CON RESPECTO A LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS EN EL PAÍS Y CON EL PAÍS (ECP) 2006-2011

En esta sección se ordenan los aspectos que caracterizarán la presencia y el accionar de la OPS/OMS en el país durante los próximos años.

Se definieron siete orientaciones generales que tendrá la cooperación, entendidas como el marco de las relaciones entre la OPS/OMS y las instituciones, organizaciones e instancias de coordinación existentes en el país, que describen las interacciones a establecer en la práctica para favorecer el desarrollo de la salud:

1. Trabajar más en los espacios de encuentro entre los actores del desarrollo y la salud del país, contribuyendo a impulsar estrategias conjuntas y la complementariedad en el uso de los recursos que cada quien posee.
2. Compartir más la información, racionalizar procedimientos y formar alianzas estratégicas con otras Agencias, Fondos y Organizaciones que cooperan en salud. Promoción del alineamiento y la armonización de la CT.
3. Contribuir al fortalecimiento técnico y gerencial del MSPAS para que lidere el sector y conduzca la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, ligado al impulso a que las consideraciones sanitarias ocupen un lugar primordial en las decisiones de inversión para el desarrollo.
4. Dar apoyo a las políticas públicas y programas que buscan reducir las inequidades, especialmente si están dirigidos a la población pobre, los indígenas y las mujeres. Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de los Acuerdos de Paz relacionados con la salud.
5. Colaborar en la movilización de recursos al sector salud impulsando, en los casos de fondos externos al presupuesto de gobierno, su utilización a través de los sistemas administrativos y técnicos de las instituciones del país.
6. Impulsar la gestión de información socio-sanitaria y de salud de manera sostenible y adecuada para fortalecer la toma de decisiones y cumplir los compromisos internacionales.
7. Favorecer la generación y transferencia de conocimientos técnicos para afrontar los retos sanitarios del país. Promover los análisis, debates y la emisión de recomendaciones, así como dar seguimiento a su aplicación.

El desarrollo de estas siete orientaciones de la cooperación implicará un aprendizaje compartido entre la OPS/OMS y las instituciones y organizaciones que trabajan en el sector salud, por lo que requerirán de la revisión periódica conjunta entre las autoridades de salud y la Oficina local de la OPS/OMS, sujetas a ratificaciones o rectificaciones durante los próximos años.

Se definieron tres grandes Áreas de trabajo, las que en conjunto concentran 11 Objetivos y 51 Planteamientos Estratégicos, que son los elementos organizadores de la cooperación de la OPS/OMS para los próximos 6 años. En cada uno se precisan los impactos esperados ligados a la cooperación de OPS/OMS y los medios que se utilizarán, los que fueron establecidos con base en las necesidades nacionales y las fortalezas de la Organización, revisadas y discutidas ampliamente a lo largo del ejercicio de ECP.

Las Áreas se definieron utilizando las categorías de ordenamiento general de la cooperación, que la OPS ha impulsando en el marco de su Plan de Trabajo 2002-2007 (ver anexo 2), acotando los temas contenidos en cada Área con base en la interpretación de la realidad del país, según se explica a continuación:

- I. **Cerrar la agenda de salud pendiente.** Incluye los temas en los que existe un marco normativo nacional, pero su aplicación ha sido incompleta en el sistema de salud o persisten problemas en el cumplimiento de la reglamentación establecida en el país y de las recomendaciones internacionales, con un impacto por debajo de lo que cabría esperar.
- II. **Proteger los logros alcanzados por el sistema de salud.** Existe el marco normativo, pero a diferencia del Área anterior, su aplicación si está desarrollada en el país y hay mejoras claras en los indicadores de medición o los actores nacionales atestiguan que hay avances notables en el tema, reconociéndose que hay amenazas de reversión del alcance o la efectividad lograda.
- III. **Enfrentar los nuevos desafíos sanitarios.** Comprende los temas de salud pública nuevos o emergentes en el país, cuyo marco normativo nacional para su abordaje puede o no existir –es posible que tampoco hayan recomendaciones internacionales al respecto- y, de existir, está en una fase

de aplicación tan prematura que no cabe esperar mejorías inmediatas del mismo en el plano nacional.

A cada una de estas tres Áreas, corresponden varios Objetivos estratégicos²⁶ para el trabajo de cooperación, en total son once, según se listan a continuación:

Área I. Cerrar la agenda de salud pendiente:

1. Reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles, con énfasis en ITS/VIH, dengue, malaria, tuberculosis y las infecciones diarreicas y respiratorias agudas.
2. Controlar los factores ambientales que afectan la salud.
3. Mejorar la respuesta de los servicios de salud.
4. Abatir rezagos en la salud de las mujeres, las niñas y los niños.

Área II. Proteger los logros alcanzados por el sistema de salud:

5. Mantener bajo control a las enfermedades en cuya eliminación se avanza en el país.
6. Consolidar los modelos eficientes y efectivos de prestación de servicios y en la gestión de suministros.
7. Sostener los avances alcanzadas en los sistemas de información.

Área III. Enfrentar los nuevos desafíos sanitarios:

8. Atender las enfermedades emergentes y reemergentes.
9. Desarrollar entornos más saludables.
10. Fortalecer la regulación sanitaria.
11. Atender la violencia y los accidentes con enfoque de salud pública.

Cada Objetivo de trabajo contiene un conjunto de Planteamientos Estratégicos, para un total de 51 en la Agenda, que señalan los procedimientos que se aplicarán para alcanzar el Objetivo al que se relacionan. Sus descripciones incluyen los aportes esperados de las Oficinas Regional y Global al cumplimiento de los Objetivos estratégicos y también se esclarece las instituciones y organizaciones nacionales y de la cooperación internacional con quienes se coordinará el trabajo. En el Anexo 3 se listan, ordenados por Área y

²⁶ Objetivo estratégico es un cambio o una meta que se realizará en el periodo abarcado, al cual está comprometido la OPS/OMS y el Estado miembro. (definido en Estrategias de Cooperación de la OMS con los Países: Marco Referencial. OMS, 2005)

Objetivo, los 51 Planteamientos Estratégicos de la Agenda de Cooperación 2006-2011.

Los contenidos de los Objetivos y Planteamientos Estratégicos no constituirán el accionar total de la OPS/OMS en el país, pero si serán los ejes centrales de la cooperación, calculándose que deberán ocupar más del 90% del presupuesto regular de la organización para Guatemala.

Se estima que alrededor del 80% de los recursos de la Organización se utilizarán en las Áreas "Cerrar la Agenda de Salud Pendiente" y "Enfrentar los Nuevos Desafíos Sanitarios", mientras que para el Área "Proteger los logros alcanzados por el Sistema de Salud" la estrategia de la OPS/OMS será la movilización de fondos de las instituciones nacionales y de otros fondos de cooperación, como también avalar su consideración dentro del presupuesto nacional de salud.

SECCIÓN 7

IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN: IMPLICACIONES PARA LA OPS/OMS, SEGUIMIENTO, Y PRÓXIMOS PASOS EN CADA NIVEL

A partir del 2006, se han introducido cambios paulatinos en la Oficina de la OPS/OMS en Guatemala para la implementación de la Agenda Estratégica 2006-2011, en las siguientes direcciones:

1. Reorganización de la Oficina de País.

En lo formal, se conserva una estructura piramidal al interior de la Oficina reducida a tres Áreas (en el bienio 2004-2005 eran cuatro), homologando sus contenidos temáticos con las Áreas y Unidades de la Oficina Regional. Para cada uno de los 11 objetivos estratégicos de cooperación, se organiza una red funcional con consultores de distintas Áreas, liderado por el más central al tema, para la planeación conjunta de las tareas y dar seguimiento a la implementación de los planteamientos estratégicos de cada objetivo.

La cooperación técnica descentralizada e intensificada, adoptada en los proyectos de fondos externos que buscaban desarrollar los servicios de salud en Departamentos seleccionadas, tipo el ASDI-III²⁷, cambia radicalmente para privilegiar fórmulas de trabajo con el Ministerio de Salud que utilicen más sus sistemas administrativos y de gestión técnica en el trabajo con los niveles subnacionales, no siendo necesario tener en la Oficina de OPS/OMS un equipo de consultores para tareas de apoyo y seguimiento a los objetivos del proyecto.

2. Desarrollo de los Recursos Humanos.

En el bienio 2006-2007, se modificó el número y composición de los recursos humanos, considerando los contenidos de esta ECP 2006-2011, el presupuesto regular y los proyectos en curso con fondos externos. Los contratados con fondos regulares se redujeron en 20% con respecto al bienio anterior, quedando en 50 personas, de las cuales 6 son profesionales internacionales (PI), 7 profesionales nacionales (PN) y un consultor del INCAP-, siendo los restantes personal administrativo y de apoyo. Además, hay 4 profesionales

²⁷ El proyecto ASDI-III maneja un importante volumen de fondos, que en el bienio 2006-2007 iguala los fondos regulares de la Oficina de país.

nacionales y un oficial administrativo contratados con fondos externos; así como tres consultores interpais con sede en Guatemala: uno para el proyecto NIC-HON-GUT de Extensión de la Protección Social en Salud; el consultor para Centroamérica de Salud Pública Veterinaria; y la consultora para Centroamérica y República Dominicana de Medicamentos.

El colectivo de trabajo para el bienio 2006–2007, sujeto a revisión durante los siguientes bienios, estará compuesto por los profesionales y el personal administrativo que se describe a continuación:

- Representante
- Administrador
- Epidemiólogo, especialista en prevención y control de enfermedades (PI)
- Especialista en salud ambiental (PI)
- Especialista en sistemas y servicios de salud (PI)
- Especialista en salud familiar y comunitaria (PI), introducido en 2006
- Especialista en inmunizaciones (PI)
- Especialista en salud reproductiva (PN)
- Especialista en género y etnia (PN)
- Especialista en desarrollo de los recursos humanos (PN)
- Especialista en nutrición (INCAP)
- Especialista en comunicación social (PN)
- Especialista en gestión del conocimiento (PN)
- Especialista en redes informáticas (PN)
- Especialista en gestión de la cooperación (PN)
- Responsables de las áreas administrativas de: presupuesto, finanzas, compras, personal, servicios generales y cursos y seminarios.
- Profesionales contratados en el marco de los proyectos de fondos externos que ejecute la Oficina Local (uno en malaria; uno en adolescente, ITS/VIH y salud reproductiva; y dos para la gerencia del proyecto ASDI-III)

Para desarrollar la ECP 2006-2011, será importante mejorar las competencias de los recursos humanos. Para los consultores se ha establecido la conveniencia de mejorar sus capacidades como gerente, que incluye los temas de negociación, liderazgo para el trabajo de cooperación y en equipo, así como el aprendizaje de programas y paquetes automatizados especializados,

temas estos dos últimos que conveniente también serán desarrollados en el personal administrativo.

3. Manejo del Presupuesto Regular y de Fondos Extrapresupuestarios.

El presupuesto regular se incrementará en 900,000 USD en los bienios 06-07, 08-09 y 10-11, resultado de la política de la OPS de asignar más recursos a los países con mayores necesidades en salud.

| Presupuesto Regular OPS/OMS Guatemala (expresado en USD) | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|------------------------------|-------|-------------------|-------|
| Bienio | Porcentaje del presupuesto regular asignado al país en relación al total de OPS | Presupuesto regular Guatemala | Fondos para puestos de staff | | Fondos no puestos | |
| 2004-2005 | 4.81 | 4,766,300 | 2,663,226 | 55.8% | 2,103,174 | 44.2% |
| 2006-2007 | 5.10 | 5,050,000 | 2,894,400 | 57.3% | 2,155,600 | 42.7% |
| 2008-2009 | 5.43 | 5,300,000 ¹ | ----- | ----- | ----- | ----- |
| 2010-2011 | 5.76 | 5,550,000 ¹ | ----- | ----- | ----- | ----- |

¹ Montos estimados y re-ordenados en miles.

Entre 2006 y 2008 se continuará contando con relevantes cantidades de fondos externos, que en el bienio 06-07 son el 70% del presupuesto, que se reducirán para los 3 últimos años de esta ECP, en la medida que las instituciones nacionales manejen más los aportes de Agencias bilaterales e Instituciones Financieras Internacionales, bajo nuevas modalidades de cooperación como el SWAp. La siguiente tabla da cuenta de los principales proyectos y líneas de cooperación, a saber, con fondos externos para los próximos años.

| Proyectos con fondos externos | Terminación | Donante | Montos a ejecutar (en USD) |
|---|----------------|---------------------------------|----------------------------|
| Proyecto ASDI-III | Junio 2008 | Suecia | 4,000,000 ¹ |
| Apoyo al programa regional de Protección Social en Salud | Diciembre 2007 | Suecia a través de Of. Regional | 350,000 ¹ |
| Apoyo al programa regional de salud de las y los adolescentes con énfasis en ITS/VIH y salud reproductiva | Diciembre 2007 | Suecia a través de Of. Regional | 180,000 ¹ |
| Programa Regional de Alternativas de Control de Vectores de la Malaria sin el uso de DDT | Junio de 2007 | PNUMA | 250,000 ¹ |

| | | | |
|---|----------------|---------------------------|----------------------|
| Asistencia técnica al proyecto de control y eliminación de la malaria | Diciembre 2008 | Recursos del fondo global | 300,000 ¹ |
| Asistencia técnica al proyecto de reducción de la Tuberculosis | Diciembre 2009 | Recursos del fondo global | 210,000 ¹ |

1. Montos estimados.

4. Relaciones de trabajo con instituciones de salud del país y con otras Agencias y organizaciones de cooperación que trabajan en salud.

En esta sección se amplian algunos de los elementos operativos que caracterizarán la cooperación al país.

La Oficina local mantendrá con el MSPAS una estrecha relación para la definición, implementación y evaluación de la cooperación, en su carácter de rector del sistema nacional de salud y principal prestador público de servicios de salud, que abarcará los 11 objetivos de la ECP 2006-2011. Se harán esfuerzos renovados para que la cooperación de la OPS/OMS esté presente en los espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial y ser participe de los acuerdos que en estos ámbitos se tomen, cuando nos sea requerido.

A lo largo de 2006 y 2007, se apoyará la consolidación de la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos, para que mejore y amplíe su papel en la planeación, gestión y evaluación de los recursos financieros de fuentes externas y su articulación con los programas nacionales. Parte importante de esta labor será colaborar en la definición y difusión de una Agenda Nacional de Salud hasta el 2015, que por haber sido discutida ampliamente en forum participativos, debe gozar de aceptación y seguimiento por los gobiernos nacionales que se sucederán.

La cooperación de la OPS/OMS acompañará con visión estratégica el desarrollo de la Agenda Nacional de Salud, que previsiblemente incluirá el monitoreo de avances y la actualización de las programas para alcanzar los objetivos y las metas del Milenio y de los Acuerdos de Paz, definiendo sus prioridades de cooperación acorde con los progresos que se vayan obteniendo y los requerimientos del desarrollo nacional y de la salud.

Las organizaciones de cooperación externa tienen la relevante tarea de impulsar un proceso de SWAp, cuya intencionalidad ha sido anunciada por el MSPAS con el respaldo por otras instancias del gobierno. La complejidad de trabajar articuladamente entre agencias de cooperación e instituciones de

gobierno, que eventualmente puede sumar a organizaciones diversas de la sociedad civil, plantea un asunto no trivial que, en términos organizativos e institucionales, significa la complacencia de todos con los criterios de gestión, financiamiento y evaluación de los programas sanitarios. En ese marco, la OPS/OMS tiene el formidable reto de desarrollar un liderazgo colaborativo y para ello promoverá fórmulas como son los Comités Coordinadores Interagenciales y el trabajo en mesas de diálogo y grupos técnicos.

Se hará un fuerte énfasis en el trabajo colaborativo entre agencias, fondos, programas y proyectos de cooperación, no sólo para intercambiar información y coordinar planes, como se viene realizando, sino para que los recursos de la cooperación transiten más por los sistemas administrativos del país y se articulen con los planes de inversión y del desarrollo sanitario. La OPS/OMS colaborará para que las instituciones del gobierno tengan un mayor protagonismo en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades a realizarse con fondos externos.

Con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se profundizarán las relaciones de cooperación en dos direcciones estratégicas: el apoyo a los esfuerzos institucionales para introducir más eficiencia en los procesos de gestión de insumos y compras; y en cooperar en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud según ciclo de vida. Se colaborará en fortalecer los nexos entre el IGSS y el MSPAS en todos los niveles administrativos y se procurará el beneficio compartido de los bienes públicos internacionales que la OPS/OMS promueve y apoya en el país.

Con el Congreso de la República, en especial con las Comisiones de Salud, de Seguridad Social, de Nutrición y de Protección del ambiente y el Desarrollo Sostenible, la OPS/OMS mantendrá relaciones centradas en aportar contenidos técnicos para la elaboración y revisión de las legislación nacional, reconociendo el marco en la apertura comercial y de participación del país en los procesos de la integración centroamericana y la globalización, como son los tratados de libre comercio y otros acuerdos comerciales. El Convenio de cooperación con este poder del Estado debe renovarse en 2008.

Las relaciones de trabajo con las ONGs de muy diversa índole que operan en el país, habrán de sostenerse y renovarse en las variadas vertientes que las caracterizan actualmente: mejorar el conocimiento mutuo y el intercambio sobre los determinantes de la salud y su control; fortalecer el trabajo articulado alrededor de los objetivos del desarrollo sanitario nacional en el marco de los proyectos que desarrollan; y utilizar mejor su presencia local en los preparativos y respuestas para reducir las consecuencias en la salud de los desastres naturales, las crisis y los conflictos.

ANEXO 1

PROCESO SEGUIDO EN GUATEMALA PARA LA DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN AL PAÍS (ECP)

La Organización Mundial de la Salud en Guatemala, a través de su Representación y en conjunto con las autoridades de salud, ha elaborado su estrategia de cooperación ECP/CCS para el mediano plazo (5-7 años), que responde a las políticas y necesidades del Desarrollo Nacional de la Salud.

Contar con una estrategia de cooperación de la OPS/OMS con el país para el mediano plazo permite que los planes de trabajo bianuales de la Organización, que se formulan conjuntamente con las autoridades nacionales de salud, tengan un referente claro para establecer su orientación estratégica y reciban una conveniente continuidad en el tiempo, hasta alcanzar los objetivos planteados.

La documentación aquí presentada recoge las prioridades en salud y las contribuciones que puede hacer la cooperación técnica para alcanzar las metas que el Gobierno y toda la sociedad se han trazado para el DNS, caracterizadas sobre la base de un diálogo amplio con todos los actores relevantes del contexto nacional,

Proceso de elaboración de la ECP/CCS

A partir de mayo de 2005, la Representación de OPS/OMS y las autoridades de las instituciones nacionales conformaron el equipo local de ECP, recopilaron información de estudios relevantes de la situación de salud y de la cooperación, la identificación de actores clave y planearon el ejercicio de ECP.

Figura 1

Proceso y Calendario de la ECP, Guatemala.



Así en el marco de estos preparativos, se realiza del 12 al 16 de septiembre, el primer diálogo amplio y la primera misión de funcionarios de la Organización de las Oficinas Regional (en Washington, EU) y Global (en Ginebra, Suiza). El equipo local convocó a los diferentes programas e instancias de las instituciones públicas de salud, a diversas instituciones de Gobierno del área económica y social, al poder legislativo, a instituciones académicas vinculadas con la salud y a organizaciones de la sociedad civil a intercambiar ideas y debatir sobre salud y cooperación técnica en este campo.

El producto de este diálogo fue el análisis de la situación social y sanitaria, sus determinantes, las perspectivas para el DNS y los contenidos actuales y prospectivos de la cooperación técnica en salud.



Este primer producto alcanzado permitió al equipo local construir la visión prospectiva de la cooperación, para ello se realizó el ordenamiento de los hallazgos encontrados en el análisis de situación en tres bloques: agenda de salud pendiente, logros alcanzados a proteger y nuevos desafíos a enfrentar.

Figura 2
Análisis de la Situación Sanitaria

| Aporte de la CT al DNS | Marco normativo | Efectividad e impacto | Labor operativa |
|--------------------------------|--------------------|---|--|
| Cerrar la agenda pendiente | Existe | Cobertura incompleta o hay problemas de calidad | Insuficiente |
| Proteger los logros alcanzados | Existe | Hay Resultados (los indicadores y/o los actores involucrados lo atestiguan) | Desarrollada, pero hay amenazas de reversión |
| Enfrentar los nuevos desafíos | Puede o no existir | Se está acumulando conocimiento y experiencia | Fase temprana |

DNS= Desarrollo Nacional de la Salud

El ordenamiento también permitió el diseño del primer borrador de la estrategia de cooperación, el cual fue la base para la reflexión realizada en el segundo gran diálogo el 30 de enero de 2006, el que se conjugó la con la segunda misión de funcionarios de la Organización. Con la participación amplia de actores de los más diversos campos, niveles de actuación y expertise, se establecieron mesas que respondían a los tres grupos de prioridades a abordar – la agenda de salud pendiente, los logros alcanzados a proteger y los nuevos desafíos a enfrentar.



La reflexión participativa fue conducente a clarificar los objetivos, las prioridades y estrategias de cooperación técnica que requiere adoptar la OPS/OMS en el mediano plazo para hacer más efectiva su contribución al desarrollo de la salud en Guatemala. La Organización debe contribuir a profundizar la vinculación de la cooperación técnica en salud con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Acuerdos de Paz, manteniendo la relación armónica con el Marco de Asistencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas en Guatemala CCA/UNDAF.

Así tenemos que la Agenda Estratégica de la OPS/OMS para Guatemala cuenta con **siete orientaciones generales** que describen las interacciones a establecer entre la OPS/OMS y las instituciones, organizaciones e instancias del país para favorecer el desarrollo nacional de la salud:

1. Trabajar más en los espacios de encuentro entre los actores del desarrollo y la salud del país, contribuyendo a impulsar estrategias conjuntas y la complementariedad en el uso de los recursos que cada quien posee.
2. Compartir más la información, racionalizar procedimientos y formar alianzas estratégicas con otras Agencias, Fondos y Organizaciones que cooperan en salud. Promoción del alineamiento y la armonización de la cooperación técnica (CT).
3. Contribuir al fortalecimiento técnico y gerencial del MSPAS para que lidere el sector y conduzca la ejecución de las funciones esenciales de salud pública y su financiamiento.
4. Cooperar en la ejecución de las políticas públicas y programas que buscan reducir las inequidades, especialmente los dirigidos a la población pobre, los indígenas y las mujeres. Cumplimiento de los ODM y de los Acuerdos de Paz relacionados con la salud.
5. Colaborar en la movilización de recursos al sector salud que fortalezcan la institucionalidad nacional en la gestión de los mismos.
6. Impulsar la gestión de información socio-sanitaria y de salud de manera sostenible y adecuada para fortalecer la toma de decisiones en las prioridades nacionales y cumplir los compromisos internacionales.

7. Favorecer la generación y transferencia de conocimientos técnicos para afrontar los retos sanitarios del país.

Se definieron **tres grandes Áreas de trabajo**, las que en conjunto concentran **11 Objetivos y 51 Planteamientos Estratégicos**, que son los elementos organizadores de la cooperación al país para los próximos 6 años y que precisan los impactos esperados de la cooperación y los medios que se utilizarán. Las Áreas se definieron utilizando las categorías que la OPS ha impulsando en el marco de su Plan de Trabajo 2002-2007. A cada una corresponden varios Objetivos estratégicos, según se listan a continuación:

Área I. Cerrar la agenda de salud pendiente: Reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles (ITS/VIH, dengue, malaria, tuberculosis y las infecciones diarreicas y respiratorias agudas); controlar los factores ambientales que afectan la salud; mejorar la respuesta de los servicios de salud; abatir rezagos en la salud de las mujeres, las niñas y los niños.

Área II. Proteger los logros alcanzados por el sistema de salud: Mantener bajo control a las enfermedades en cuya eliminación se avanza en el país; consolidar los modelos eficientes y efectivos de prestación de servicios y en la gestión de suministros; sostener los avances alcanzadas en los sistemas de información.

Área III. Enfrentar los nuevos desafíos sanitarios: Atender las enfermedades emergentes y reemergentes; desarrollar entornos más saludables; fortalecer la regulación sanitaria; atender la violencia y los accidentes con enfoque de salud pública

El ejercicio también buscó precisar las implicaciones, orientaciones técnicas, administrativas y gerenciales que requiere adoptar la Oficina de Representación y las relaciones entre las Oficinas Regional y Global de la Organización con el país.

Orientaciones nacionales de gran valor para el diseño de la ECP han surgido durante el proceso y uno de ellos es la Agenda Nacional de Salud 2006-2020,

elaborada en el marco del enfoque sectorial de la salud (SWAP) y el Plan de Visión de País con una temporalidad de 15 años, suscrito por los partidos políticos y que uno de sus cuatro componentes es el de salud.



Agenda Nacional de Salud

Visión y Estrategias para la transformación del sistema de salud en Guatemala



Plan Visión de País

Todo el proceso fue acompañado por funcionarios de las Oficinas Regional y Global, quienes aportaron criterios del proceso de planificación de la Organización en los niveles respectivos y proporcionaron elementos para enriquecer las discusiones técnicas.



El año 2006 permitió socializar y validar en pequeños foros la ECP diseñada, poner en marcha las primeras adecuaciones organizativas y las primeras intervenciones de la ECP.

Representación OPS/OMS Guatemala, 2006



Lo oportuno de la Estrategia de Cooperación a Guatemala de coincidir con los procesos nacionales y con el Plan Estratégico de la Organización es que nos permitirá recoger en el Plan Estratégico 2008-2011 de Guatemala los compromisos con el Desarrollo Nacional de Salud vertidos en una nueva agenda de cooperación.

ANEXO 2

ESQUEMA DE ORDENAMIENTO GENERAL DE LAS ÁREAS DE
COOPERACIÓN 2006 - 2015

| Áreas de Cooperación | Marco normativo | Efectividad e impacto | Labor operativa |
|--|--------------------|---|--|
| Cerrar la agenda de salud pendiente | Existe | Cobertura incompleta o hay problemas de calidad | Insuficiente |
| Proteger los logros alcanzados | Existe | Hay Resultados (los indicadores y/o los actores involucrados lo atestiguan) | Desarrollada, pero hay amenazas de reversión |
| Enfrentar los nuevos desafíos | Puede o no existir | Se está acumulando conocimiento y experiencia | Fase temprana |

ANEXO 3

OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA AGENDA DE COOPERACIÓN 2006 - 2015

ÁREA: CERRAR LA AGENDA DE SALUD PENDIENTE.

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE COOPERACION |
|---|---|
| <p>Reducir la prevalencia e incidencia de las enfermedades transmisibles, con énfasis en ITS/VIH, dengue, malaria, tuberculosis y las infecciones diarreicas y respiratorias agudas.</p> | <ol style="list-style-type: none">1. Ayudar a caracterizar mejor la mortalidad y morbilidad en la población rural, femenina, indígena y pobre y apoyar decididamente a las instituciones del país para la reducción de la vulnerabilidad en estos grupos.2. Impulsar la gestión de información sanitaria confiable y oportuna para la toma de decisiones operacionales por las autoridades de salud y para cumplir los compromisos internacionales, con asesoría técnica de la Oficina Regional. Impulsar el análisis y el uso de datos a nivel subnacional.3. Colaborar con el MSPAS en la actualización y aplicación de los planes y normas de prevención y control de las enfermedades transmisibles y su vigilancia epidemiológica. Adaptación y uso de normas y guías técnicas de la OPS/OMS.4. Prestar apoyo técnico y promover la articulación de planes e iniciativas entre instituciones de gobierno, de la sociedad civil y de la cooperación internacional: Mecanismo Coordinador de País del Fondo Global (VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis) y Grupo de ONUSIDA. Vigilar y promover el cumplimiento de las ODM relacionados.5. Apoyar la movilización de recursos externos para el control y erradicación de enfermedades, fortaleciendo las capacidades nacionales y subnacionales de formulación, ejecución y rendición de cuenta de los proyectos. Soporte de las Oficinas Regional y Global para las negociaciones con donantes.6. Crear capacidad duradera en el MSPAS para planificar, gestionar y coordinar un programa nacional de inocuidad de los alimentos fuerte.7. Asistir técnicamente la ejecución del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH y la interrupción de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis, articulando esfuerzos con la estrategia regional. la OPS/OMS. Liderazgo para alcanzar una plena colaboración interagencial. |

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE COOPERACION |
|---|--|
| <p>Controlar los factores ambientales que afectan la salud</p> | <p>1. Favorecer el incremento en cobertura y la mejoría de calidad de los servicios de agua y saneamiento a la población mas vulnerable, a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La creación y fortalecimiento de un ente rector nacional b. La movilización de recursos externos c. La transferencia de conocimientos sobre tecnologías apropiadas con apoyo del CEPIS d. Promoción de alianzas público-privadas y con proyectos de la cooperación internacional para la educación sanitaria y la participación de la comunidad. <p>2. Dar apoyo técnico al desarrollo de programas y al sostenimiento de fórmulas de asociación entre población e instituciones para incrementar las coberturas de recolección y disposición adecuada de residuos sólidos. Colaborar con los gobiernos municipales y sus instancias de agrupamiento.</p> <p>3. Desarrollar la capacidad de evaluación y atención a la vulnerabilidad frente a los desastres naturales y la protección del medio ambiente, contando con cooperación técnica subregional y regional de la Organización.</p> |
| <p>Mejorar la respuesta de los servicios de salud.</p> | <p>1. Dar asesoría técnica y avalar políticas que incrementen el gasto público para reducir las inequidades de cobertura de servicios que padece la población pobre, rural e indígena. Apoyo al MSPAS para la formulación, negociación y ejecución de proyectos con financiamiento externo con este propósito.</p> <p>2. Desarrollar capacidad de liderazgo y conducción sectorial en el MSPAS para la extensión de la protección social en salud y la gestión descentralizada de la red de servicios de salud.</p> <p>3. Promover los análisis y debates basados en pruebas científicas y éticas para actualizar las normas de atención e impulsar la atención integral preventivo-curativo y la promoción de la salud. Soporte de las Oficina Regional y Global para movilizar a expertos y transferir las experiencias de avanzada.</p> |

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE COOPERACION |
|---|--|
| <p>Abatir rezagos en la salud de las mujeres, las niñas y los niños.</p> | <p>4. Contribuir al dialogo entre instituciones para establecer estrategias que apunten a la suficiencia y distribución más equitativa del personal de salud en el país. Trabajar en la Comisión interinstitucional del sector académico y el sector salud y en el Observatorio de los RH y facilitar el intercambio con experiencias similares de otros países.</p> <p>5. Mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud en los desastres asesorando la elaboración de planes de emergencia y recuperación. Apoyo de la Oficina Regional para movilizar fondos internacionales en casos de grandes desastres naturales. Trabajar integrado en el equipo de gestión para desastres del SNU en el país.</p> <p>1. Trabajar en las alianzas que impulsan la aplicación de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional y la reducción de la nutrición sub óptima y las deficiencias de micronutrientes. Sustento y aval técnico a programas y planes a través del INCAP y coordinación con el UNICEF, el PMA y la FAO.</p> <p>2. Impulsar decididamente las estrategias para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, con énfasis en incrementar de la demanda oportuna y fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de primer y segundo nivel de atención. Liderar esfuerzos colaborativos de las Agencias, Programas y Fondos del SNU con las instituciones nacionales para el cumplimiento de los ODM relacionados.</p> <p>3. Impulsar la aplicación de normas para la atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia en los ámbitos clínico, comunitario y neonatal. Respaldo de las Oficinas Global, Regional y en otros países para la transferencia de conocimiento y tecnologías aplicadas con éxito.</p> <p>4. Apoyo directo al incremento de la cobertura de vacunación en los municipios de alta vulnerabilidad social.</p> <p>5. Catalizar el cambio hacia la atención integral a las mujeres, que amplíe la</p> |

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE COOPERACION |
|-----------------------------|--|
| | <p>cobertura y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en la atención calificada a los partos, el acceso a anticonceptivos, la atención a los abortos y la prevención y atención del cáncer cervicouterino y de mama. Trabajo conjunto con el UNFPA y UNIFEM sustentado en los acuerdos regional y global, así como en la transferencia de tecnología al país con soporte técnico del CLAP de OPS.</p> <p>6. Dar soporte técnico y avalar políticas públicas que ayuden a superar los estereotipos inquitativos de roles diferenciados según sexo y las actitudes discriminatorias contra las mujeres. Trabajar en el marco del Grupo Interregional de Género del SNU y de los objetivos de los programas subregional y regional de Género y Etnia de la OPS/OMS.</p> <p>7. Formar parte de las alianzas que promueven el cumplimiento del Reglamento de la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar y Contra las Mujeres.</p> |

ÁREA: PROTEGER LOS LOGROS ALCANZADOS POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE COOPERACIÓN |
|---|--|
| <p>Mantener bajo control a las enfermedades en cuya eliminación se avanza en el país.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar las eliminaciones de la transmisión de la enfermedad de Chagas y el control de la Oncocercosis, cooperando en la aplicación de las estrategias de vigilancia y tratamiento promovidas por las alianzas regional y global. 2. Cooperar en la vigilancia efectiva y el control de las enfermedades inmunoprevenibles en etapa avanzada de eliminación, con énfasis en la investigación de casos ocultos y la focalización de acciones de tratamiento y seguimiento recomendados (poliomielitis, sarampión, rubéola y el síndrome de rubéola congénita), siguiendo los protocolos acordados en la región. 3. Asistir técnicamente al Comité de Prácticas de Inmunización y al Programa Nacional de Inmunizaciones para la introducción de nuevas vacunas, así como en el diseño y evaluación de estrategias para sostener coberturas útiles. Desarrollo de alianzas entre los sectores público y privado, con apoyo de la cooperación bi y multilateral para la movilización e inversión de recursos. |
| <p>Consolidar los modelos eficientes y efectivos de prestación de servicios y en la gestión de suministros</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cooperar en la ampliación y modernización de los servicios de primer y segundo nivel en los Departamentos de alta vulnerabilidad social, en acción conjunta con otras agencias de cooperación, los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil. 2. Colaborar con las autoridades reguladoras nacionales para definir e implementar políticas efectivas de acceso y garantía de calidad de los medicamentos. Catalizar el cambio del Registro Sanitario Nacional hacia esquemas de trabajo más modernos e inscribir al país en los esfuerzos de armonización de la reglamentación farmacéutica, que promueve la Oficina Regional de OPS/OMS. 3. Mantener las compras consolidadas de vacunas y medicamentos de las instituciones del país a través de los Fondos Rotatorio y Estratégico de la OPS/OMS, con sustento logístico de la Oficina Regional. |

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE COOPERACIÓN |
|--|---|
| | <p>4. Revitalizar la red para la certificación de procedimientos y el control de calidad en los laboratorios de referencia y fortalecer su articulación con los programas de control de enfermedades y de salud pública. Soporte de la Oficinas Regional y en otros países para los acuerdos de trabajo con laboratorios de mayor desarrollo.</p> <p>5. Trabajar en la Comisión Nacional de Fortalecimiento de Alimentos para generar planes duraderos de uso de micronutrientes, con sustento en las recomendaciones técnicas del INCAP y la OPS/OMS. Promover las investigaciones y el monitoreo de las coberturas, efectividad e impactos relacionados.</p> |
| <p>Sostener los avances alcanzadas en los sistemas de información</p> | <p>1. Dar cooperación técnica a la Oficina Nacional Coordinadora de Estadísticas de Salud para la armonización, recopilación y utilización de la información sanitaria. Soporte de las Oficinas Global y Regional para la transferencia de tecnologías y de modelos vinculados a bases de datos internacionales.</p> <p>2. Trabajar en los grupos colaborativos de instituciones nacionales y de cooperación técnica que desarrollan encuestas periódicas y estudios especiales, que complementan la información de los sistemas de estadísticas continuas.</p> <p>3. Gestionar información del país para alimentar las bases de datos internacionales de la Organización y determinar tendencias sanitarias nacionales y de la región.</p> <p>4. Continuar impulsando el enfoque de género y etnia, así como los análisis diferenciados por regiones y grupos poblacionales en las estadísticas y estudios de situación y de tendencias sanitarias</p> |

ÁREA: ENFRENTAR LOS NUEVOS DESAFÍOS SANITARIOS.

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA COOPERACIÓN |
|---|--|
| <p>Atender las enfermedades emergentes y reemergentes.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en los grupos técnicos nacionales que formulan e implementan planes de trabajos para enfrentar las enfermedades con alto potencial epidémico, con referente en las alianzas estratégicas regional y global que ha suscrito la OPS/OMS. 2. Impulsar una agenda de investigaciones sobre los riesgos sanitarios, vinculada a las condiciones de vida, trabajo y diversidad cultural del país. 3. Fortalecer el Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS para que lidere las operaciones de alerta y respuesta ante brotes epidémicos. Soporte de las Oficinas Regional y Global para la movilización de expertos y la transferencia de tecnología y alianza estratégica con la Oficina para Centroamérica del CDC en la cooperación al país. 4. Impulsar la gestión y divulgación de la información sobre resistencia antimicrobiana y la adopción de medidas para su contención, contando con asesoría técnica de la Oficina Regional. 5. Contribuir a definir, validar y vigilar el cumplimiento de las normas y criterios para la prevención de las infecciones intrahospitalarias. |
| <p>Desarrollar entornos más saludables.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar en el país las alianzas necesarias para la implementación de las medidas del CMCT y disminuir el consumo de tabaco. Asesoría técnica y transferencia de experiencias desde las Oficinas Regional y Global de la organización 2. Impulsar proyectos e iniciativas nacionales y locales para promover la actividad física y la alimentación saludable, como catalizadores de cambios de comportamiento a nivel individual, familiar y comunitario para enfrentar los problemas de obesidad y las enfermedades crónicas asociadas. |

| OBJETIVOS DE TRABAJO | PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA COOPERACIÓN |
|---|---|
| | <p>3. Transferir conocimientos y modelos de éxito para la reducción de riesgos a la salud, la prevención y la atención de la diabetes y la hipertensión arterial en los servicios de salud, apoyados por las Oficinas Global, Regional y en otros países de la OPS/OMS.</p> <p>4. Crear capacidad duradera en el Ministerio de Salud Pública para sostener la descentralización de los servicios de salud mental y desarrollar la atención de base comunitaria. Trabajo a nivel de las Áreas de Salud.</p> |
| <p>Fortalecer la regulación sanitaria.</p> | <p>1. Cooperar en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional en el país, con soporte de consultores subregionales y regionales. Facilitar el análisis de interconexiones con los procesos de la integración económica centroamericana y promover los esfuerzos colaborativos entre países.</p> <p>2. Facilitar la transferencia de métodos y tecnologías para ampliar la capacidad y mejorar la calidad de los procesos del Laboratorio Nacional de Salud Pública y la red de laboratorios regionales y locales.</p> <p>3. Contribuir a la disponibilidad de sangre segura de manera oportuna en los servicios de salud, apoyando el establecimiento de estándares de calidad, la ampliación de la red de bancos y la capacitación de personal. Formar parte de las iniciativas regionales de la OPS/OMS con instituciones internacionales aliadas.</p> <p>4. Asesorar a las instituciones nacionales y al Congreso de la República en la revisión y el mejoramiento del marco legal, que garantice una gestión ambiental saludable. Apoyo del CEPIS y la Oficina Regional para la movilización de expertos e impulsar la legislación comparada, así como trabajar en el marco de las iniciativas del FOCARD-APS.</p> |

| <p>OBJETIVOS DE TRABAJO</p> | <p>PLANTEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA COOPERACIÓN</p> |
|---|---|
| <p>Atender la violencia y los accidentes con enfoque de salud pública.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Contribuir a caracterizar mejor la situación y los determinantes sociales de la violencia, promoviendo el establecimiento de una agenda de investigaciones y el desarrollo de foros de discusión y análisis. Apoyo de la Oficina Regional para crear las bases e impulsar una negociación sociopolítica en el país y la subregión. 2. Ser catalizador de cambio institucional, dando apoyo técnico a iniciativas y programas intersectoriales orientados a la prevención de los accidentes de tránsito y la violencia en vía pública (p.ej. Comisión de Seguridad Vial, contra la Violencia Intrafamiliar, etc.). Soporte de las Oficinas Regional y Global de la organización para la movilización de especialistas y el intercambio con otros países. 3. Desarrollar el abordaje sociosanitario en los servicios de salud para la atención a las víctimas de violencia y la prevención del abuso en el consumo de alcohol y el uso de drogas. Apoyo de la Oficina Regional y Global para crear las bases de una negociación sociopolítica en los niveles nacional y subregional. 4. Asistir técnicamente a los programas y campañas de información, educación y comunicación social que apuntan a la prevención de los riesgos y de las conductas sociales inadecuadas. Promover esfuerzos integrados de los países de la subregión. Promoción de la cooperación interagencial dentro del SNU |