

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN EN EL PAÍS

2013 - 2017

Guatemala



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN EN EL PAÍS

2013 - 2017

Guatemala



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ISBN 978-9929-598-03-4

Representación OPS/OMS Guatemala

Estrategia de cooperación en el país: Guatemala

- 1.- Agenda de prioridades en salud
- 2.- Cooperación internacional
- 3.- Cooperación técnica
- 4.- Estrategias nacionales
- 5.- Guatemala
- 6.- Organización Panamericana de la Salud

Guatemala, 2013

© Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS), Representación Guatemala.

Diseño por: OPS/OMS Guatemala

La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido parcial o totalmente sin previa autorización, siempre y cuando se cite la fuente y no se use para fines comerciales.





TABLA
DE
CONTENIDO





Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





Acrónimos, abreviaturas y siglas	9
---	----------

Sección 1

Introducción	15
---------------------------	-----------

Sección 2

Los desafíos de salud y desarrollo y las respuestas de país	19
2.1 Contexto histórico y político	21
2.2 Demografía y población	22
2.3 Perfil socioeconómico	24
2.4 Perfil ambiental	25
2.5 Estado de salud de la población	27
2.6 Mortalidad	28
2.7 Sistema de salud del país	29
2.8 Financiamiento de la salud	30
2.9 Recursos del sistema de salud	31
2.10 Políticas, estrategias y planes nacionales de salud	32
2.11 Resumen	33

Sección 3

Cooperación y alianzas par el desarrollo	35
3.1 Entorno de la ayuda al país	37
3.2 Actores de la cooperación en el país	39
3.3 Análisis de los interesados directos	40
3.4 Coordinación y eficacia de la ayuda en el país	41
3.5 Resumen	42

Sección 4

Cooperación de la OPS/OMS con Guatemala durante 2006-2012	43
4.1 Revisión de la cooperación de la OPS/OMS con los interesados directos	46
4.1.1 Reuniones con los interesados directos	46
4.1.2 Marco para la recopilación de la información	46
4.1.3 Síntesis de los resultados	46
4.1.4 Síntesis	48





4.2 Examen interno.....	48
4.2.1 Evaluación interna.....	48
4.2.2 Síntesis de los resultados clave.....	48
4.2.3 Síntesis.....	49

Sección 5

La agenda estratégica para la cooperación de la OPS/OMS 2013-2017.....	51
---	-----------

5.1 Principios rectores y marco político de la OPS/OMS.....	53
5.2 Agenda estratégica.....	54
5.2.1 Prioridades.....	54
5.2.2 Principales focos de acción de la OPS/OMS.....	54
5.3 La estrategia de cooperación en el país y las prioridades nacionales.....	57
5.4 La estrategia de cooperación en el país y el MANUD.....	57
5.5 Modalidades de cooperación de la OPS/OMS en Guatemala.....	57

Bibliografía.....	59
--------------------------	-----------

Participantes.....	66
---------------------------	-----------





ACRÓNIMOS
ABREVIATURAS
SIGLAS





Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AFP	Agencia, Fondos y Programas
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIES	Asociación de Investigación y Estudios Sociales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEGSS	Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CESSIAM	Center for Studies of Sensory Impairment, Aging and Metabolism
CETEP	Clasificar, Evaluar y Tratar las Emergencias Pediátricas
CIBP	Centro de Investigaciones Biomédicas y Psicosociales
CICS-USAC	Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala
CIEN	Centro de Investigaciones Económicas Nacionales
CMCT	Convenio Marco de Control de Tabaco
CNS	Consejo Nacional de Salud
CODEFEM	Colectiva para la Defensa de los Derechos de las Mujeres en Guatemala
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
CONADI	Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad
CONEC	Coordinadora Nacional de Organizaciones de Extensión de Cobertura
CONRED	Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres
COPREDEH	Comisión Presidencial de Derechos Humanos
DECAP-MSPAS	Departamento de Capacitación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
DIGI-USAC	Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala
DRPAP	Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
ECP	Estrategia de Cooperación de País
ENCOVI	Encuesta de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuestas de Salud Materno e Infantil
FANCAP	Fundación para la Alimentación y Nutrición de Centro América y Panamá
FCCQQF-USAC	Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos de Guatemala
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOCARD	Foro Centro Americano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento
GETSA	Gestión y Tecnología en Salud
GGM	Grupo Guatemalteco de Mujeres
GHI	Global Health Initiative



GTI	Grupos Temáticos Interagenciales
HIVOS	Instituto Humanista de Cooperación para el Desarrollo
ICCPG	Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales de Guatemala
IDEI-USAC	Instituto de Estudios Interétnicos de la Universidad de San Carlos de Guatemala
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IMSALUD	Instituto Multidisciplinario para la Salud
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPNUSAC	Instituto de Problemas Nacionales de la Universidad de San Carlos de Guatemala
ISIS	Instituto de Salud Incluyente
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IUMUSAC	Instituto Universitario de la Mujer de la Universidad de San Carlos de Guatemala
LGBT	Lesbianas, Gays, Bisexuales y Personas Transgénero
MANUD	Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OACNUDH	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ODHAG	Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
ONU Mujeres	Entidad de la Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PEMAR	Poblaciones en Mayor Riesgo
PEPFAR	President's Emergency Plan For AIDS Relief
PGT	Programa General de Trabajo de la OMS
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
PNS	Programa Nacional para la Prevención y Control de ITS/VIH/Sida
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSB	Programa de Salud Bucodental
RCIS	Red de Cooperantes Internacionales en Salud
RENAP	Registro Nacional de las Personas



RESSCAD	Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SENACYT	Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIGSA	Sistema Gerencial de Información en Salud
SNU	Sistema de Naciones Unidas
TEF	Tasa Específica de Fecundidad
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
UASPII	Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad
UCI	Unidad de Cooperación Internacional
UNDAF	United Nations Development Action Framework
UNDSS	Departamento de Protección y Seguridad del Sistema de las Naciones Unidas
UNEGEPE- MINEDUC	Unidad de Género y Pertinencia Étnica del Ministerio de Educación de Guatemala
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNOPS	Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VNU	Voluntarios de Naciones Unidas



Equipo de la Representación en la celebración de los 110 años. Diciembre 2012



Sección



INTRODUCCIÓN



1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Cooperación de País (ECP) de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Guatemala para el período 2013-2017, indica las prioridades sanitarias nacionales que preferentemente serán abordadas por la cooperación de la OPS/OMS. Así también, las prioridades estratégicas, las áreas clave donde se actuará concretamente y los enfoques estratégicos de cómo se brindará dicha cooperación.

Guatemala elaboró la primera ECP para el período 2006-2011. En noviembre de 2010, dada la coyuntura política e institucional del país, se decidió en consenso con las autoridades nacionales de salud, hacer una revisión y actualización que sustentara la cooperación para el período 2011-2012, con miras de realizar la nueva ECP con el futuro gobierno. A mediados de 2012, al tomar posesión las actuales autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se acordó la realización de este proceso para el período 2013-2017.

La ECP responde a una prioridad política de la OPS/OMS, y constituye un mandato de sus Estados miembros. Refleja una perspectiva de mediano plazo para cooperar con los países y precisa un marco estratégico de cooperación con ellos, a fin de lograr una mayor eficiencia, impacto y alineación de la cooperación técnica de todos los niveles de la Organización (global, regional, subregional y de país) con las prioridades nacionales, para lo cual en el proceso participó una Misión conformada por: Guillermo Mendoza (Analista de Programa de País CFS/TC), Carlos Santos-Burgoa (Asesor SDE/ER), Sandra Del Pino (Especialista GDR/GD) y Enrique Pérez-Gutiérrez (Asesor HSD/HI/PAN), de la Oficina Regional; Margareta Sköld, Representante de la Oficina OPS/OMS en Jamaica; Hernán Montenegro (Asesor HPW/HGS) y Mart Leys (Oficial Técnico HPW/HGS) de la Oficina Global.

Existe una sinergia clara entre las prioridades definidas para la cooperación técnica de la OPS/OMS en Guatemala y las prioridades del Gobierno guatemalteco y de la sociedad, tal como se evidencia en las orientaciones de política del plan de Gobierno expresadas en los pactos definidos: Pacto Hambre Cero, Pacto Fiscal para el Cambio y el Pacto por la Seguridad, la Justicia y



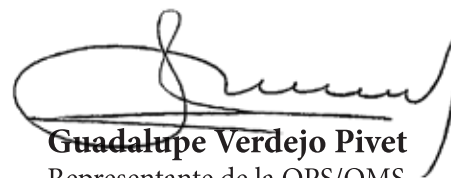
la Paz. Esta sinergia se manifiesta también entre las prioridades definidas a nivel mundial en el XII Programa General de Trabajo para 2014-2019 de la OMS, a nivel regional en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Asimismo, pretende lograr sinergias y complementariedad con otras cooperaciones multilaterales y bilaterales que trabajan en el país.

El proceso de formulación ha exigido amplias consultas con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), otras instituciones del gobierno relacionadas, organismos de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales, sector privado, la sociedad civil, organismos no gubernamentales, instituciones académicas y organizaciones de fe y de base comunitaria.

Los contenidos de la ECP se presentan en cuatro secciones, que abarcan: desafíos de salud y desarrollo en Guatemala (sección 2); cooperación y alianzas estratégicas para el desarrollo (sección 3); revisión de la cooperación de la OPS/OMS en el periodo 2006-2012 (sección 4); y la agenda estratégica de cooperación técnica de la OPS/OMS en Guatemala para el periodo 2013-2017 (sección 5). Al final del documento se presentan varios anexos, que complementan o detallan los contenidos de las secciones anteriores.

Finalmente, me permito expresar mi reconocimiento al señor Ministro de Salud, doctor Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez, por su compromiso con este proceso y conceder la posibilidad de escuchar a todos los actores del sector salud para reflexionar conjuntamente acerca de los complejos desafíos del país para alcanzar una cobertura sanitaria universal con equidad.

Utzukuxik rutzilal b'aqil xuquje' k'aslemal.
(Mejorando la salud y las condiciones de vida.)



Guadalupe Verdejo Pivet
Representante de la OPS/OMS
en Guatemala



Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



Sección

2

LOS DESAFÍOS
DE SALUD Y DESARROLLO
Y LAS RESPUESTAS DE PAÍS





Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





2. LOS DESAFÍOS DE SALUD Y DESARROLLO Y LAS RESPUESTAS DE PAÍS

Guatemala es una república democrática, en proceso de completar su recuperación luego de un conflicto armado que duró décadas y que finalizó con la firma de la paz en 1996. Es el país más poblado de Centroamérica, con una población estimada para el 2012 de 15 millones y con alto porcentaje de población pobre, joven e indígena. El país es multiétnico, multicultural y posee 24 grupos lingüísticos. Está dividido en 22 departamentos y 334 municipios y administrativamente tiene un alto nivel de centralización.

Desde la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, el país ha progresado en el logro de estabilidad política y económica, y ha mejorado en algunos indicadores sociales. A pesar de esto, la pobreza permanece alta y los indicadores sociales se mantienen debajo de los niveles de otros países de ingreso medio-bajo.

2.1 Contexto histórico y político

A partir de 1954, Guatemala adoptó el modelo económico conservador que se guió por la doctrina de seguridad nacional. Dentro de este marco histórico, se desarrolló una creciente polarización política y social, que llevó a la guerra de más de treinta años.

En la década de los ochenta, Guatemala entró en una profunda crisis política y económica. A partir de marzo de 1982, en un período de 18 meses, ocurrieron dos golpes de Estado y en 1986 asumió el primer gobierno electo democráticamente en esta nueva etapa del país. Durante esta época, el ejército definió una nueva posición en la que buscó la salida a los conflictos del país a través de la combinación del desarrollo y la seguridad. En esos años la agenda internacional empezó a dirigirse a la promoción de la liberación de la economía y a la restricción de políticas sociales, contrastando con los intentos del gobierno electo en 1986 por cubrir lo que denominó “la deuda social”.



En los noventa el país no logró formular un plan nacional que balanceara la agenda internacional de globalización. El sector económico del país replanteó su posición y decidió participar más activamente en política. Dentro de este marco, durante la segunda mitad de la década, se puso en marcha el proceso de reforma de salud liderado por el MSPAS en conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), orientado por una racionalidad económica y privilegiando mecanismos de mercado para el funcionamiento y relacionamiento del sector salud. En esa época destacó la implementación de paquetes básicos de salud, dirigidos a poblaciones pobres, financiados con recursos públicos, incluyendo el Programa de Extensión de Cobertura (PEC). En 1996 se firma los acuerdos de paz finalizando un conflicto armado interno de más de 30 años y definiendo la agenda para los siguientes años en los temas de: democracia, derechos humanos, salud, entre otros. En los primeros años del presente siglo se observó la participación dentro de la política de un sector económico emergente y enfocado en establecer relaciones como proveedor de los diferentes niveles del aparato estatal. En el tema de la participación ciudadana, se aprobaron en los primeros años de la década una serie de leyes sobre desarrollo social, descentralización, consejos de desarrollo y el código municipal. Este marco legal creó nuevos espacios de participación en ámbitos que habían permanecido cerrados anteriormente, pero chocó por contradicciones con otras leyes vigentes en el país, lo que dificultó su implementación. Durante este tiempo se firmó un nuevo acuerdo con el BID para seguir avanzando en los temas de la reforma de salud.

Durante los últimos diez años, el país entró en la crisis más importante de su historia reciente. La creciente inviabilidad económica del modelo de producción, combinada con la creciente presencia e influencia del narcotráfico y el crimen organizado, la impunidad y continua violación de los derechos humanos, la ausencia de políticas sociales, la crisis de los partidos políticos y la debilidad de los movimientos sociales, entre

otros factores, hizo sumamente difícil el diálogo y la búsqueda de consensos para avanzar en un proyecto de nación. Dentro de esta compleja situación sobresalen como efectos visibles la permanente exclusión de grandes grupos de la población, la alta conflictividad social, los elevados índices de violencia y los conflictos étnicos. Las grandes contradicciones del país no han sido resueltas y no se ha avanzado en la búsqueda de una ruta que permita aprovechar las condiciones actuales de globalización para resolver las necesidades más urgentes del país.

2.2 Demografía y población

Guatemala es el país de Centroamérica con mayor población, el que más aporta al crecimiento poblacional en la subregión y el segundo en densidad poblacional después de El Salvador. Según estimaciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), entre los años 1995 y 2007, Guatemala aportó cerca del 37% de los 9 millones de habitantes nuevos de Centroamérica.

Desde el censo de población realizado en el año 1994 a la fecha, la población se ha incrementado aproximadamente en 80%. La población del país se estimó en 15 millones para el año 2012 y se caracteriza por ser joven, indígena y densamente concentrada en ciertas regiones geográficas. La migración interna ha hecho que la población actualmente sea ligeramente más urbana que rural.

La tasa global de fecundidad a nivel nacional se redujo de 5,6 a 3,6 hijos por mujer entre las Encuestas de Salud Materna e Infantil (ENSMI) de 1987 y 2008/9, pero sigue siendo la más alta de Latinoamérica. Persiste la diferencia entre mujeres del área rural y el área urbana (4,2 contra 2,9), entre indígenas y no indígenas (4,5 contra 3,1) y entre mujeres en el quintil socioeconómico más bajo y las del quintil socioeconómico más alto (5,7 contra 1,8).

La mortalidad general del país ha disminuido, elevando la esperanza de vida al nacer de 50 años a inicios de



Cuadro 1

Indicadores demográficos. Guatemala 1990-2011.

Indicadores/Período	1990-1994	1995-1999	2000-2005	2006-2011	Fuente
Edad mediana de población	17,12	17,30	17,64	18,14	1
Tasa crecimiento anual población	2,66	2,68	2,61	2,46	1
Población urbana (%)	34,97	34,98	46,14	52,97	2
Población indígena (%)	41,74	41,72	41,03	40	2
Tasa global de fecundidad	5,1	5,0	4,4	3,6	3
Tasa de natalidad por 1000 hab.	38,90	37,34	35,80	33,28	3
Tasa de mortalidad por 1000 hab.	8,01	6,89	6,09	5,73	1
Razón de mortalidad materna	219	190	153	140	4
Tasa de mortalidad neonatal	26	23	22	17	3
Tasa de mortalidad infantil	51	45	39	30	3
Tasa de mortalidad post infantil	18	14	15	12	3
Tasa de mortalidad en la niñez	68	59	53	42	3
Esperanza de vida al nacer					
Hombres	60,51	62,87	65,50	66,73	1
Mujeres	66,78	69,98	72,50	73,77	
Total	63,57	66,34	68,91	70,16	

Fuentes: (1) Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050 INE/CELADE (2) Quinquenio 1990-1994 Censo INE 1994. Quinquenio 1995-1999 Promedio quinquenal de Proyecciones de Población INE. Quinquenio 2000-2005 Censo INE 2002. Sexenio 2006-2011 ENCOVI 2011. (3) Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/09 MSPAS (4) Línea Basal de Mortalidad Materna Guatemala 2000 MSPAS y Estudio Nacional de Mortalidad Materna Guatemala 2011 SEGEPLAN/MSPAS.

la década de 1960, a 70 años a inicios de la década del 2000. Dentro de esto destaca la reducción de la mortalidad infantil de 79 por mil nacidos vivos en la ENSMI de 1987, a 34 por mil en la ENSMI de 2008/9. A pesar de esto, la mortalidad infantil sigue siendo la más alta de Centroamérica, y es mucho más alta en poblaciones indígenas que no indígenas (40 por mil NV contra 30 por mil NV).

Otro elemento importante para analizar la dinámica demográfica del país es la migración. Se estima que 1,4 millones de guatemaltecos viven en el extranjero (principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica), de acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) 70,5% de ellos son hombres.

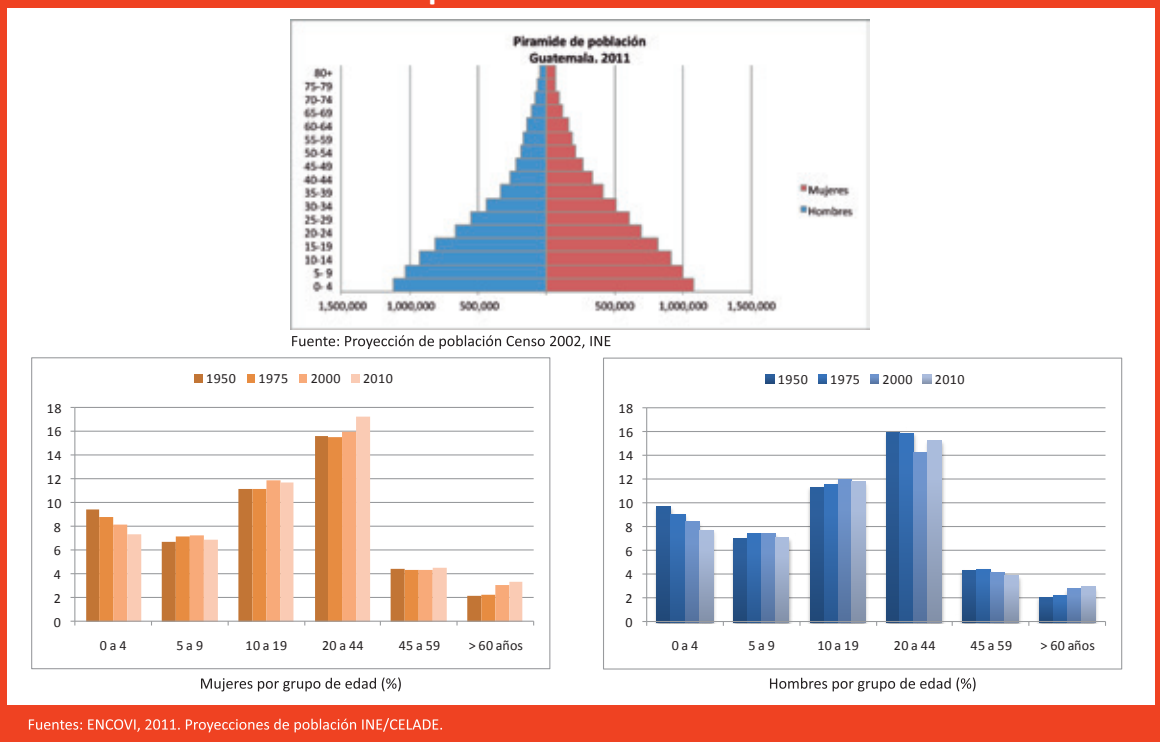
La información disponible permite ubicar a Guatemala en una fase de transición demográfica moderada, esto es con una mayor tasa de reducción de la mortalidad que de la tasa global de fecundidad, que genera altas tasas de crecimiento natural de la población. Destaca la reducción en la mortalidad durante el primer año de vida, que se traduce en una estructura de población con alto porcentaje de niños y jóvenes y

con alta tasa de dependencia. Esto tiene implicaciones importantes por las necesidades de servicios de esta población. Conforme van aumentando su edad, estas poblaciones nuevas agregan mayores presiones a los sistemas social, económico y ambiental del país.

Además de las implicaciones generales para el país, el análisis de la dinámica demográfica por regiones y departamentos permite identificar retos específicos para algunos de ellos. Como se describe anteriormente, existen diferencias importantes en la dinámica demográfica de grandes grupos de la población guatemalteca que llaman la atención. En la región comprendida por los departamentos de Totonicapán, Quetzaltenango, San Marcos, Huehuetenango y Quiché se concentra alrededor del 30% de la población del país y el 46% de la población indígena total. Existen algunos departamentos que superan significativamente la tasa de crecimiento natural de la población a nivel nacional, dentro de los que destacan Quiché y Totonicapán que de mantener el ritmo de crecimiento actual duplicarán su población en menos de 20 años.

Gráfica 1

Población por grupos de edad y sexo. Pirámide poblacional. Guatemala 2011.



2.3 Perfil socioeconómico

Aunque no es uno de los países más pobres de la región en términos del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, Guatemala cuenta con el Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo de Centroamérica y un índice de desigualdad elevado. Las disparidades históricas entre el área urbana y rural persisten, derivando principalmente de las diferencias en acceso a servicios de salud y educación, infraestructura (agua, saneamiento y electricidad principalmente) y oportunidades para generar ingresos.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha estimado un IDH para Guatemala en 2011 de 0,57, que además de ser el más bajo de Centroamérica, es desigual: las poblaciones indígenas tienen un IDH de 0,48, mientras que los no indígenas de 0,63. La escolaridad promedio es de 5,7 años para el año 2011, mientras que el promedio regional para Latinoamérica es de 13,7. El 53,7% de la población vive bajo la línea de pobreza a nivel nacional, cifra que sube a más del 75% en poblaciones rurales de cerca de la mitad de los municipios del país. El 10% más rico de la pobla-

ción percibe el 40% de los ingresos generados por el país, mientras que el 10% más pobre percibe el 11% de los ingresos generados.

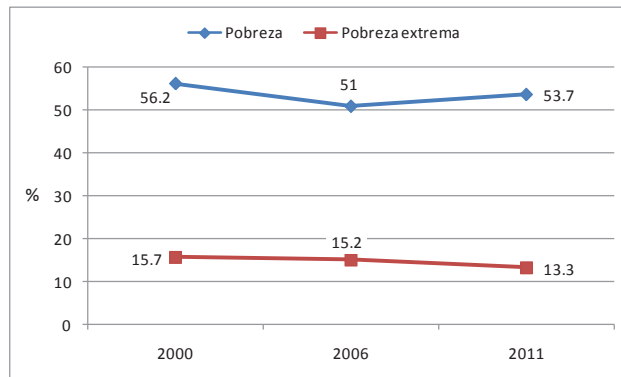
El problema de desnutrición crónica es el ejemplo más claro de las consecuencias del acceso diferencial a los servicios básicos y de la exclusión social. Guatemala cuenta con una de las tasas más alta de desnutrición crónica en el mundo y la más alta de Latinoamérica: 49,8% de los niños entre 3 y 59 meses de edad sufren de desnutrición crónica y el porcentaje asciende a 65,9% entre los niños indígenas.

Desde mediados de la década de 1990, Guatemala ha mantenido un ritmo de crecimiento económico sostenido de un 4% anual, contrastando con la volatilidad mostrada por la región Latinoamericana durante el mismo periodo. A pesar de esto, la tasa de crecimiento económico generada por el modelo actual no ha sido capaz de sobrepasar significativamente la tasa de crecimiento de la población, lo que ha resultado en un crecimiento económico real de alrededor del 1% anual. Esto no permite generar respuesta a las demandas de los guatemaltecos para acceder al desarrollo y genera



Gráfica 2

Población en condiciones de pobreza y pobreza extrema (%). Guatemala 2000-2011.



Fuente: ENCOVI 2000, 2006 y 2011

presiones sociales. Acelerar el crecimiento económico de manera sostenida, es un desafío muy grande dados los bajos niveles educativos y de salud, una tasa de inversión total muy baja y una tasa de ahorro que se encuentra entre las más bajas de América Latina. A estas condiciones desfavorables, se suman los altos déficit fiscales y la crisis internacional, que amenazan la estabilidad de la economía guatemalteca.

La mayor proporción de empleos en Guatemala es generada por actividades de la economía informal. Esto contrasta con la situación laboral en la región en la que, en términos generales, las condiciones laborales han mejorado en años recientes con el incremento del trabajo decente. De acuerdo a la Organización Internacional para el Trabajo (OIT), trabajo decente significa contar con oportunidades de un trabajo que sea productivo y que produzca un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias; mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad; libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afecten sus vidas e igualdad de oportunidad y trato para todas las mujeres y hombres. La informalidad ha aumentado en 4,3 puntos porcentuales desde 1989 y permanece estable desde el 2000. Estos datos pueden indicarnos un bajo nivel de creación de nuevas empresas formales, las cuales son generadores de empleo decente debido a que se espera que cumplan con sus obligaciones tributarias y garanticen a sus trabajadores el pago de prestaciones labores y los beneficios del régimen de la seguridad social. En un estudio realizado en el 2012, se identificó que el 64% de

la Población Económicamente Activa (PEA) se dedica a labores por cuenta propia. El 58% de estos ocupados se dedica al comercio, lo que corrobora la percepción de que el trabajo informal en el país se desarrolla en su mayoría por “vendedores en las calles”. El 52% de los trabajadores por cuenta propia, son mujeres que se dedican más al comercio que los hombres, en tanto estos últimos están más activos en trabajos agrícolas. Los problemas de seguridad cubren un amplio espectro que va desde el crimen organizado, tráfico de drogas, adopciones ilegales, hasta las maras, secuestros, extorsiones a familias y pequeñas empresas en zonas urbanas deprimidas. El alto costo que el problema de seguridad impone al país ha conducido a un bajo nivel de inversión en general. A pesar de que se documentó un descenso en la tasa de homicidios entre los años 2008 al 2012, ésta ha aumentado nuevamente en el último año, manteniendo a Guatemala dentro de los cinco países más violentos de la región latinoamericana. Esto, además de tener un fuerte impacto económico para la sociedad tiene importantes repercusiones sobre los servicios de salud y la salud mental de la población.

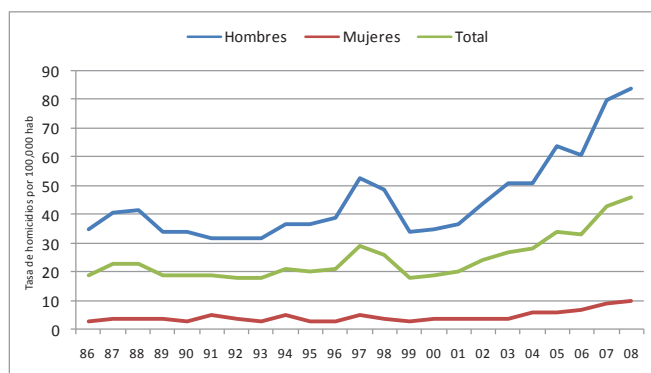
2.4 Perfil ambiental

La sociedad guatemalteca enfrenta serios desafíos ambientales. La deforestación es creciente y ha llegado a dimensiones críticas. Los recursos hídricos son sobreexplotados y utilizados con anarquía (el país desarrolló la Agenda del Agua pero está pendiente de implementación). Los suelos son sobreutilizados



Gráfica 3

Tasa anual de homicidios, total y por sexo.
Guatemala 1986-2008.



Fuente: Homicidios, Registros Policía Nacional Civil; Población INE.

causando agotamiento y erosión. Se ha intensificado la extracción de bienes del subsuelo (minas y petróleo) con escaso control de los entes reguladores, causando además incremento de la conflictividad rural. La generación de desechos sólidos y líquidos de origen industrial y doméstico alcanza altas proporciones, y los niveles de manejo apropiado son prácticamente insignificantes, provocando contaminación de suelos y agua. Las emisiones de gases con efecto de invernadero muestran un incremento importante, situación que empeora al combinarse con la pérdida de bosques. El

uso de plaguicidas, herbicidas y otros productos agroquímicos es indiscriminado por parte de la población y con pocos controles de regulación aunque se cuenta con normativas de registro y de uso. Las viviendas, principalmente en las áreas rurales y periurbanas, presentan condiciones de insalubridad y falta de higiene, así como hacinamiento predominantemente en las zonas más pobres.

La interacción de los sistemas social, económico y natural bajo el modelo económico y de producción ac-

Cuadro 2

Indicadores de condición de la vivienda por lugar de residencia.
Guatemala 2011.

Indicador	Definiciones	Residencia		Total
		Urbana ¹	Rural	
Número de hogares		1.580.586	1.402.957	2.983.543
Personas por hogar	Número de integrantes promedio por hogar	4,5	5,4	4,9
Índice de espacio vital	Relación entre hogares con hacinamiento (3 o más personas por dormitorio) y hogares totales	0,61	0,35	0,49
Tasa de calidad de la vivienda	Relación entre los hogares con calidad de vivienda (piso, pared y techo de material adecuado) y hogares totales	0,82	0,48	0,66
Tasa de servicios públicos	Relación entre los hogares con acceso a servicios públicos (conexión a agua entubada y sistema de eliminación de excretas) y hogares totales	0,68	0,72	0,70
Índice de bienestar habitacional	Promedio entre espacio vital, la calidad de vivienda y servicios públicos en los hogares	0,70	0,52	0,62

1. Área urbana: lugar poblado con más de 2.000 habitantes, siempre y cuando el 51% de las viviendas tengan acceso a energía eléctrica y agua potable en tubería dentro de la misma.
Fuente: ENCOVI 2011



tual, han generado fuertes presiones al ambiente. El estado actual de deterioro representa riesgos importantes para la salud de la población incluyendo, entre otros, el incremento de enfermedades respiratorias y diarreicas, incremento de enfermedades transmitidas por vectores e intoxicaciones. Esta situación también causa un aumento en la vulnerabilidad del país ante desastres, y condiciona la calidad de vida de la población, especialmente de la más excluida.

2.5 Estado de salud de la población

Se ha documentado avances en varios temas, pero existen brechas significativas en la información en salud. La falta de supervisión y monitoreo del sistema de información causa inconsistencias y subregistro en todos los niveles que afectan la calidad de los datos, la información en salud y el análisis de situación.

Guatemala experimenta la coexistencia de problemas de salud no resueltos como enfermedades transmisibles, desnutrición crónica y mortalidad materna, con un incremento en los últimos años de enfermedades no transmisibles y lesiones de causa externa ocasionadas por el tránsito y violencia.

Las causas más importantes de morbilidad infantil son las enfermedades transmisibles y las carenciales. Durante la última década se han reportado coberturas de vacunación superiores al 90% en menores de 2 años.

La prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años es la mayor de Latinoamérica y cuarta a nivel mundial, afectando a 49,8% de los niños y niñas de esta edad, principalmente en departamentos con población predominantemente indígena, rural y pobre.

En el grupo de adolescentes entre 10 y 19 años (el 23% de la población total) destaca el impacto de las lesiones externas como causa de morbilidad y mortalidad, especialmente las heridas por proyectil de arma de fuego en hombres. Los países de Centroamérica muestran la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en adolescentes más alta de Latinoamérica y dentro de estos países Guatemala posee la tercera tasa más alta. El 13,1% de las adolescentes entre 15 y 17 años ha estado alguna vez embarazada, mientras que para el grupo de 18 a 19 años el porcentaje es del 35,3%. En el año 2011 el MSPAS reportó 3.011 partos en menores de 14 años. Un tercio de los casos nuevos registrados con VIH/sida entre enero 1984 y junio 2012 corresponde al grupo de 20 a 29 años, lo que sugiere un posible contagio con el virus en la adolescencia.

Existe un bajo porcentaje nacional de partos atendidos en establecimientos de salud (51,4%), en tanto el 48,6% de partos se atiende en la comunidad. El sistema de referencia y traslado de las pacientes con emergencias o complicaciones obstétricas, es limitado y poco estructurado. Las carencias nutricionales afectan al 30% de las mujeres embarazadas. En el año 2009 la mortalidad por diabetes en mujeres era de 1,3 veces la reportada para los hombres. Entre 1999 y 2008 los tres tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia en mujeres

Cuadro 3

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular según sexo. Guatemala 2010.

Factores de riesgo	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sobrepeso/obesidad	23,0	30,8
Obesidad abdominal	17,9	35,6
Sedentarismo	15,4	12,2
Disminución niveles sanguíneos de HDL	46,3	52,5
Tabaquismo	22,0	4,5
Alteración de la glucosa preprandial*	27,0	37,1

* Muestra obtenida por glucómetro capilar.

Fuente: Estudio de factores de riesgo cardiovascular en Guatemala, 2012. Revista guatemalteca de cardiología.



fueron: cérvix, mama y piel. A pesar que 81,4% de las mujeres entre 15 y 49 años ha escuchado de la prueba de Papanicolaou, solo la cuarta parte (24,6%) se realizó esta prueba durante el último año.

Se estima que antes del año 2050 el número de personas mayores alcance 3.625.000 (13% de la población). Existe muy poca información de la situación de salud en las personas mayores.

La prevalencia de trastornos de salud mental en la población guatemalteca entre 18 y 65 años es de 27,8%. Predominan los trastornos de ansiedad (20,6%) y solamente el 2,3% de la población ha consultado con algún profesional de salud por emociones o problemas de salud mental. El modelo de atención para estos problemas orienta los recursos a la atención hospitalaria (específicamente en el Hospital Nacional de Salud Mental).

El país presenta dificultades en el registro rutinario de información acerca del consumo de alcohol y tabaco. El 71,6% de hombres de 15 a 59 años afirma que alguna vez ha ingerido bebidas alcohólicas, 22,4% afirma que lo hizo durante los últimos 30 días. El consumo de alcohol durante el último mes es aún mayor en áreas urbanas (27,8%), en hombres ladinos (24%), entre quienes tienen educación superior (34,2%) y en aquellos que se encuentran separados, divorciados o viudos (37,4%). En un período de seis años se ha visto un aumento de 9% en mujeres que refiere haber consumido alguna vez bebidas alcohólicas, y un aumento de 20% en mujeres que refirieron haberlo hecho durante los

últimos 30 días, de acuerdo con la ENSMI 2008/09. El consumo per cápita promedio al año es de 4 L por habitante (15+) de la población; el consumo per cápita entre los bebedores hombres, en litros de alcohol puro, es de 18,84 L/año y en el caso de mujeres bebedoras en litros de alcohol puro, es de 9,96 L/año. En la Encuesta de Salud Escolar 2009, realizada en establecimientos educativos del país, el mayor porcentaje de los escolares refirió que su primera bebida alcohólica la había ingerido a los 12 años.

2.6 Mortalidad

En los últimos 25 años se ha producido un descenso de 63% en la mortalidad por enfermedades transmisibles y un incremento de 61% de las enfermedades no transmisibles. La mortalidad proporcional por enfermedades transmisibles sigue siendo alta en menores de cinco años y la mortalidad proporcional por enfermedades no transmisibles se incrementa a partir de los 45 años. Las enfermedades crónicas constituyen el primer grupo de causas de mortalidad en la población general. No existen datos exactos, pero se ha estimado que las defunciones por causa mal definida representan alrededor del 10% del total de defunciones.

A pesar de que entre las ENSMI de 1987 y 2008/09 se ha documentado un descenso de 62% en la mortalidad infantil y 61% en la mortalidad en la niñez, la mortalidad infantil sigue siendo la tercera más alta de América Latina y el Caribe. La mortalidad materna es la más alta del istmo centroamericano y la cuarta más alta de

Cuadro 4

Razón de mortalidad materna por nivel de escolaridad. Guatemala, 2007.

Escolaridad	RMM*
Sin estudio	239
Primaria	199
Secundaria o diversificado	46
Universitaria	10
Nacional	140

*RMM= Razón de Mortalidad Materna (Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en un año)



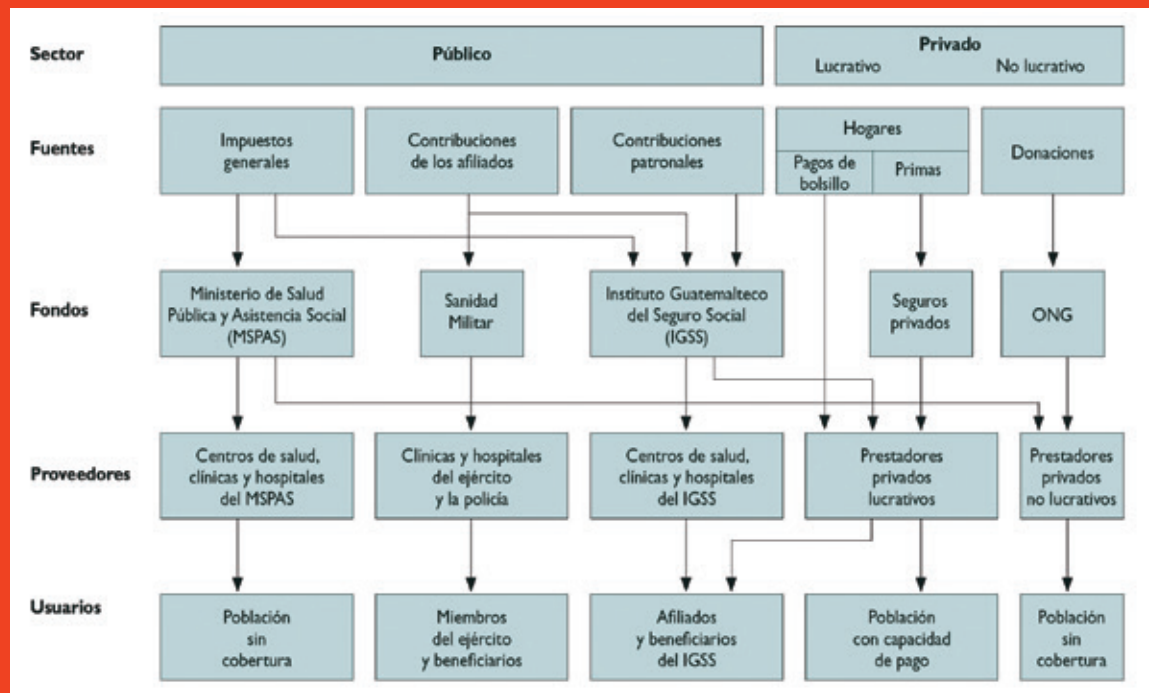
América Latina y el Caribe. Entre sus características más importantes destacan la diferenciación tanto geográfica como étnica. Existen departamentos en donde la razón de mortalidad materna llega a ser dos veces más que el promedio nacional, diferencia similar a la observada al comparar la razón de mortalidad materna entre mujeres indígenas y no indígenas (163 contra 77 por 100.000 nacidos vivos).

a un grupo de proveedores de medicina comunitaria tradicional que conforman un subsistema importante.

Por ley, el MSPAS es el ente rector de la salud en Guatemala (Código de Salud de Guatemala, Decreto 90-97 del Congreso de la República). Pero su débil desarrollo institucional y el escaso financiamiento le hacen sumamente difícil asumir el rol de autoridad sanitaria

Gráfica 4

Sistema de salud de Guatemala.



ONG: Organizaciones no gubernamentales
 Tomado de: Becerril-Monteklo V, López-Dávila L. Sistema de Salud de Guatemala. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S197-S208

2.7 Sistema de salud del país

El sistema de salud del país se caracteriza por estar segmentado en varios subsistemas. El sector público incluye al MSPAS, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Sanidad Militar, el Hospital de la Policía Nacional Civil, más alguna otra institución de gobierno que participa marginalmente en el tema de salud. En el sector privado participan organizaciones con y sin fines de lucro de diferente naturaleza, junto

nacional con todas las implicaciones que este papel demanda.

Según datos del número de afiliaciones, el IGSS brinda cobertura a aproximadamente 17% de la población del país a través de afiliar a los trabajadores asalariados y sus familias. De acuerdo con los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2006, se reportó que en los 30 días previos a la encuesta 44% de la población que buscó atención médica consultó con un

proveedor privado, el 35% consultó con alguna unidad del MSPAS, el 8% consultó a farmacias y el 7% al IGSS. Estimaciones del Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009 establecen que un poco menos de 1 millón de habitantes no tenían ninguna cobertura de salud para el año 2007. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) reportó que, del total de nacimientos en el año 2011, el 43% fue atendido en el hogar, el 38% en alguna instalación del MSPAS, el 9% en hospitales y el 7% en el IGSS. En resumen, no existen datos confiables de la población que cubre cada uno de los actores del sistema de salud, pero sí hay alguna información que sugiere que una buena parte de la cobertura de salud del país depende de proveedores privados y que persiste un grupo de la población sin ninguna cobertura.

El MSPAS ofrece servicios desde el primer al tercer nivel de atención a través de su red de establecimientos. Por ley, los servicios que ofrece el MSPAS son gratuitos y sus principales programas están relacionados con la atención materna e infantil, nutrición, enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles. En relación a la utilización de los servicios se ha identificado que los hospitales, sobre todo en los centros urbanos, ocupan el segundo lugar de consulta, lo cual refleja un débil sistema de referencia y contrareferencia, así como un sistema de atención predominantemente curativo.

En el año 1997, el MSPAS estableció el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), inicialmente establecido como un mecanismo para alcanzar rápidamente los compromisos adquiridos en el tema de salud dentro de los Acuerdos de Paz. Desde entonces el PEC se ha expandido a 20 de los 22 departamentos del país, 206 de los 334 municipios e incrementando de 0,46 a

4,3 millones de personas cubiertas. El PEC ofrece un paquete de servicios básicos de salud y nutrición, que ha sufrido algunas variaciones a través de la vida del programa, a poblaciones eminentemente rurales. Funciona a través de la contratación de Organizaciones no Gubernamentales (ONG) locales, y no se tiene suficiente evidencia del impacto y los resultados obtenidos a través del programa debido a las debilidades de los sistemas de supervisión, monitoreo y evaluación. Además, el programa ha sido afectado por los cambios de prioridades de los diferentes gobiernos y la situación financiera del sector público. La actual administración está asignando mayor cantidad de recursos financieros y considera la extensión de cobertura, no sólo a través de ONG sino también a través de los servicios de la red del MSPAS, una parte importante de su estrategia para avanzar en la cobertura universal y cumplir con las metas sociales que se ha impuesto.

El IGSS ofrece medicina preventiva, curativa y rehabilitación a sus afiliados y familiares beneficiarios a través de tres programas: invalidez, accidentes y el programa de enfermedad y maternidad. La prestación se ofrece a través de su red de establecimientos y una serie de proveedores sub contratados que incluyen a prestadores privados y al MSPAS.

2.8 Financiamiento de la salud

El MSPAS se financia con recursos provenientes del presupuesto general del Estado, préstamos y donaciones internacionales, y en una proporción muy baja de recursos propios que genera a través de cobros por algunos servicios. El IGSS se financia con aportes de los trabajadores, los patronos y el Estado. La Sanidad Mi-

Cuadro 5

Gasto público en salud como porcentaje del PIB.

País	2001	2004	2008	2010
Guatemala*	1,0	1,0	1,0	1,1
Chile	3,0	3,0	3,0	4,0
Costa Rica	5,0	5,0	6,0	7,0
América Latina	3,0	3,0	3,4	3,9

* Los datos corresponden al 2012
Fuente: Cepal y Minfin, 2012.



litar se financia con fondos del presupuesto general de la nación asignados al Ministerio de la Defensa y con aportes al plan de retiro de los militares, y el Hospital de la Policía Nacional Civil con fondos asignados al Ministerio de Gobernación. Los servicios privados se financian en un poco más del 90% con gastos de bolsillo, combinado con una pequeña fracción financiada a través de seguros privados.

Guatemala es el país de América Latina con el menor gasto público en salud como porcentaje del PIB. El gasto ejecutado por el sector público de salud se ha mantenido alrededor del 1% en relación con el PIB durante los últimos diez años. A pesar de que el gasto total en salud, como porcentaje del PIB, ha aumentado sostenidamente durante el mismo período, sigue dependiendo principalmente del gasto privado, y dentro de éste, del gasto de hogares. La carga excesiva del financiamiento del sistema de salud sobre los hogares expone a la población al riesgo de gastos catastróficos (definidos como aquellos que superan el 40% del ingreso no esencial del hogar) como resultado de enfermedades agudas, crónicas o accidentes.

2.9 Recursos del sistema de salud

Infraestructura y recurso humano

Guatemala posee una de las razones más bajas de médicos por 10.000 habitantes en América Latina: 0,9. La situación empeora por la centralización general del país, dejando algunos departamentos como Quiché con una razón de 0,1 médicos por 10.000 habitantes, mientras que el 70% del personal de salud se concentra en la región metropolitana de Ciudad de Guatemala.

El MSPAS cuenta con una red de instalaciones para brindar servicios en los tres niveles de atención. De acuerdo con reportes del MSPAS, el número de puestos de salud por 100.000 habitantes ha disminuido de 8,3 en el año 2001 a 7,5 en el 2011. La razón de camas censables por 1.000 habitantes es de 0,5. Los profesionales de salud contratados por el MSPAS representan una razón de 13 por cada 10.000 habitantes y se distribuye en 20% de médicos y enfermeras, 31% de auxiliares de enfermería y 50% de personal administrativo.

Cuadro 6

Recursos físicos en salud por institución. Guatemala 2010.

MSPAS		Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ²	
<i>Tipo de servicio</i>	<i>No</i>	<i>Tipo de servicio</i>	<i>No</i>
Hospitales	42	Hospitales	22
Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)	5	Policlínica	1
Centro de Atención Permanente (CAP)	163	Centros de atención integral	3
Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA)	17	Consultorios	34
Centros de salud tipo A	1	Puestos de salud	11
Centros de salud tipo B	142	Unidades asistenciales	2
Puestos de salud	1.076	Salas anexas	2
Otros servicios ¹	29	Unidades integrales de adscripción	48
Camas censables	6.387	Camas censables	2.232

1. Incluye: 2 clínicas periféricas, 3 centros de urgencias médicas, 5 maternidades, 2 centros especializados y 15 unidades mínimas

2. Además contrata servicios médicos privados en 14 departamentos del país.

Fuente: Dirección General Sistema Integral de Atención en Salud, MSPAS 2010

Fuente: Boletín de Servicios de Salud IGSS, 2010.



El IGSS reporta 6 médicos por 10.000 beneficiarios y 0,9 camas censables por 1.000 beneficiarios.

En el país existen cinco universidades que ofrecen programas de formación de médicos, y algunas más ofrecen también programas de formación para personal técnico.

Medicamentos

Los sectores más importantes que dispensan medicamentos a los pacientes en el país son: el privado (74%), el público (25%) y otros (1%). El aprovisionamiento de medicamentos en el sector público de salud se realiza conforme a lo establecido en la Ley de Contrataciones del Estado (negociación centralizada de precios y compra descentralizada), lo que favorece la obtención de economías de escala.

Información en salud

El Instituto Nacional de Estadística (INE) es el responsable de presentar las estadísticas oficiales del país y tiene limitaciones para publicar de manera oportuna y completa las estadísticas vitales cada año. El proceso de cambio de los registros civiles a cargo de las municipalidades por el Registro Nacional de las Personas (RENAP) complicó aún más el registro de hechos vitales del país, principalmente entre los años 2008 y 2010. El sistema de registro del RENAP se está estabilizando y ya cuenta con un plan para reducir el subregistro de nacimientos y defunciones. Con apoyo de la OPS/OMS se ha iniciado un proceso de capacitación en el llenado correcto del formato oficial de certificado de defunción vigente desde el año 2008, junto con el diseño y lanzamiento del formato oficial de certificado de nacimiento en el año 2013.

En el año 2009 se realizó un análisis del sistema de información de salud del país, bajo el marco de la Red Métrica de Salud (RMS), que en resumen identificó como más débiles las áreas de manejo de datos, indicadores y recursos del sistema de información. El proceso quedó inconcluso porque no se elaboró un plan de mejora basado en los hallazgos. En el primer trimestre del 2013 la Representación de la OPS/OMS apoyó la actualización del análisis del sistema de información como paso inicial para cooperar con el país en el proceso de mejora del sistema.

El Sistema Gerencial de Información en Salud (SIGSA) del MSPAS no alcanza la cobertura completa den-

tro del sistema público y no tiene acceso a información del sector privado ni del seguro social. Esta situación ha obligado al país a depender de encuestas y censos para medir la situación de temas particulares como la salud de la niñez y de las madres. El MSPAS está iniciando un proceso de revisión y mejora de su sistema de información, dentro del marco de fortalecimiento del sistema nacional de información en salud que se menciona arriba, de manera que le permita recolectar información a través de su sistema rutinario, al mismo tiempo que se integre funciones de vigilancia, seguimiento a la gestión financiera y de recursos humanos, entre otras.

2.10 Políticas, estrategias y planes nacionales de salud

El Estado de Guatemala reconoce constitucionalmente el derecho a la salud desde una perspectiva y práctica intercultural. La reducción de la mortalidad materna e infantil y el acceso de la población a servicios gratuitos de salud han sido, en los últimos años, temas prioritarios para el país y la comunidad internacional que coopera para el desarrollo nacional, destinando importantes recursos técnicos y financieros para estos propósitos.

La política pública de este período gira alrededor de los denominados Pactos de Gobierno: Hambre Cero; de Seguridad, Justicia y Paz; Fiscal. Además, las actuales autoridades han puesto en marcha un proceso de institucionalización de programas de protección social, a través de la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) pero se ha avanzado lentamente. Bajo estas directrices, el MSPAS está trabajando en la elaboración del plan estratégico del MSPAS, el plan nacional de salud y la reorganización de la estructura organizacional del MSPAS, buscando responder a las prioridades establecidas para el país.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

El país ha realizado esfuerzos para cumplir con las metas establecidas en los ODM. La tendencia muestra que el ODM-4 será alcanzado, que no se alcanzará el ODM-5, y es difícil predecir en este momento si el ODM-6 se alcanzará o no porque su tendencia histórica no muestra un patrón consistente. El país fue se-



leccionado para participar en los procesos de consulta post-2015, y bajo la coordinación del SNU y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) desarrolló el plan de consultas a ser desarrollado durante el primer trimestre de 2013.

Reglamento sanitario internacional

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) entró en vigor en el año 2007. Entre 2007 y 2012 hubo avances en vigilancia epidemiológica y de laboratorio, pero fue necesario solicitar una prórroga para el año 2014 para permitir al país completar la preparación para implementar el RSI.

Convenio Marco de Control de Tabaco (CMCT)

El país cuenta con la ley de Creación de Ambientes Libres de Humo (2008). En 2010, se realizó con apoyo del secretariado del CMCT la evaluación de necesidades para su implementación en Guatemala y se encontró: insuficiencia de políticas públicas encaminadas al control del tabaquismo, inexistencia de un programa nacional de control de tabaco liderado por el MSPAS, baja recaudación de impuestos generados por productos del tabaco y rezago en la aprobación de leyes en cumplimiento del CMCT.

2.11 Resumen

Logros y oportunidades:

- La OPS/OMS mantiene reconocimiento y liderazgo vigente en el sector salud nacional.
- Durante los últimos años se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad infantil y el control de enfermedades transmisibles.
- Se ha concretado legislación que favorece intervenciones de salud pública como la ley de maternidad saludable (Decreto 32-2010) y la ley de ambientes libres de humo de tabaco (Decreto 74-2008).
- El Gobierno de Guatemala viene impulsando varias políticas y medidas orientadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de su población, priorizando a la población más pobre, rural e indígena. Entre estas se destaca: a) universalización de los servicios de salud; b) fortalecimiento de la rectoría del MSPAS y el Consejo Nacional de Salud

(CNS); c) carrera sanitaria; y d) financiamiento.

- Se ha posicionado en la agenda nacional temas relevantes como la seguridad alimentaria y nutricional, la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, los efectos de la violencia en la salud pública, entre otros.

Desafíos

- Disminuir las desigualdades, promoviendo una participación más activa de los distintos liderazgos -que promueva el empoderamiento de la población a su derecho a la salud- y efectiva pertinencia cultural.
- Lograr el abordaje integral e intersectorial de los determinantes políticos, económicos y sociales de la salud a nivel nacional, departamental y local; poniendo especial empeño en asegurar la equidad sanitaria y el derecho a la salud.
- Incrementar el gasto público asignado a salud y el presupuesto del MSPAS, mejorando su asignación a poblaciones más vulnerables, incorporando la gestión por resultados y la eficiencia en el gasto.



Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



Sección

3

COOPERACIÓN
Y ALIANZAS
PARA EL DESARROLLO





Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





3. COOPERACIÓN Y ALIANZAS PARA EL DESARROLLO

3.1 Entorno de la ayuda al país

Según el fundamento legal, la gestión, negociación, suscripción, contratación, seguimiento y evaluación de la cooperación internacional en el país, es una competencia compartida por el Ministerio de Relaciones Exteriores (MINEX), el Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN) y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), aunque no hay claridad absoluta de dónde terminan las competencias de una entidad y comienzan las de las otras. Esto ha dado, como resultado, una falta de coordinación tanto en la contratación, negociación y suscripción, como en el registro y gestión de los recursos, disminuyendo la capacidad de análisis, evaluación y aceptación de las mismas.

Como adherente a la Declaración de París, Guatemala ha asumido un papel activo dentro de la agenda internacional de la eficacia de la ayuda. El país realizó ejercicios voluntarios para cumplir con la encuesta de seguimiento de la Declaración en 2008, 2009 y 2010. Elaboró y presentó además “El primer informe nacional sobre cooperación internacional para el desarrollo y eficacia de la ayuda en Guatemala año 2008-2010” haciendo un análisis sobre la nueva arquitectura, el sistema cooperación y las disfuncionalidades que presenta, realizando una serie de recomendaciones para convertirla en un aliado eficaz para el desarrollo.

El actual gobierno ha manifestado la intención de avanzar a la implementación gradual de un sistema de gestión por resultados. Las áreas priorizadas por el país comprenden: la desnutrición crónica, la violencia, la recaudación fiscal y la competitividad internacional, identificándose como las prioridades hacia las cuales se van a orientar prioritariamente los recursos financieros.

Adicionalmente, se impulsó tres pactos orientados a actuar conjuntamente en la atención de la seguridad alimentaria y nutricional, la seguridad ciudadana y el desarrollo económico: Hambre Cero, por la Seguridad, la Justicia y la Paz y el fiscal y de competitividad.



Para cumplir con los objetivos establecidos en la Agenda del Cambio y los tres Pactos políticos, la administración asumió la decisión de trascender e institucionalizar el enfoque de gestión orientada a resultados. Esto dio como resultado la definición de 11 resultados para el ejercicio presupuestario del año 2013. De estos cuatro corresponden al sector salud y están contenidos en el Pacto Hambre Cero, y se reflejan en el presupuesto 2013 de la siguiente manera:

Cuadro 1

Pacto Hambre Cero 2013
En millones de quetzales

Resultados estratégicos de Gobierno	Entidad vinculada presupuesto 2013	Asignado	Vigente	Donaciones	Préstamos	Ingresos propios
Reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años	MIDES	Q304,38	Q306,93			Q306,93
	MSPAS	Q399,90	Q401,95	Q5,25	Q56	Q340,70
	AMBIENTE	Q1,30	Q1,30	Q0,80		Q0,50
Disminuir la mortalidad materna y neonatal en 10% del 2012 al 2015	INFOM	Q362,18	Q369,01	Q68,71	Q240,76	Q59,54
	MSPAS	Q263,95	Q274,97	Q11,01	Q16	Q247,96
Incrementar el consumo proteico calórico en las familias	MIDES	Q133,29	Q170,52			Q170,52
	MINEDUC	Q699,95	Q732,20	Q14,24	Q9,94	Q708,02
Incrementar los ingresos familiares	MAGA	Q350,70	Q450,65	Q8		Q442,65
	MAGA	Q604,86	Q604,22	Q2	Q98,16	Q504,06
TOTALES		Q3.120,51	Q3.311,75	Q110,01	Q420,86	Q2.780,88

Los cuatro resultados agrupan un total de Q 3.311,75 millones (aproximadamente US\$ 414 millones), de los cuales el 3% provienen de donaciones y un 12,7% de préstamos.

Analizando la información disponible, se puede clasificar la cooperación para salud recibida por el país en tres grupos presupuestarios: salud, agua y saneamiento y medio ambiente. En el período 2008-2012, la prioridad en materia de préstamos se concentró en el sector de medio ambiente, con la adquisición de US\$ 338,69 millones, siendo el sector con el cual se ha

suscrito la mayor parte de recursos, totalizando US\$ 467,24 millones.

En materia de donaciones, el sector de salud dentro los tres examinados, es el que más recursos ha recibido. Sin embargo, a partir del año 2011, presenta una tendencia a la baja, suscribiendo US\$ 53,48 millones solamente y US\$ 18,45 millones en el 2012, siendo el más bajo del período.



Cuadro 2

Cooperación suscrita por sector
2008-2012
Millones de US\$

Año	Salud			Agua y saneamiento			Medio ambiente		
	CR	CNR	Total	CR	CNR	Total	CR	CNR	Total
2008	50.00	81.77	131.77					3.69	3.69
2009		113.74	113.74		8.24	8.24		11.05	11.05
2010		81.81	81.81	50	54.4	104.4	85	19.42	104.42
2011		53.48	53.48				291.94	3.45	295.39
2012	49.00	18.45	67.45					52.69	52.69
Total	99.00	349.25	448.25	50	62.64	112.64	376.94	90.3	467.24

Fuente: SEGEPLAN
CR= Cooperación Reembolsable
CNR= Cooperación No Reembolsable

3.2 Actores de la cooperación en el país

En el país interviene una multiplicidad de actores en la cooperación internacional y en los procesos que la hacen operativa. Estos actores se organizan principalmente por el tipo de cooperación que brindan al país, y por las relaciones que desarrollan entre sí, identificándose al menos cuatro grupos: el denominado G-13, conformado por 15 fuentes cooperantes; el grupo de países que operan bajo un esquema de cooperación sur-sur primordialmente; el sistema de Naciones Unidas; y finalmente un grupo de fuentes bilaterales y multilaterales que operan primordialmente de forma directa con el gobierno.

G-13: Se integró como respuesta a la necesidad de organizar la reconstrucción luego del huracán Mitch en 1999. Inicialmente estaba conformado por Canadá, Alemania, Japón, Países Bajos, España, Suecia y Estados Unidos; así como por el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Monetario Internacional y la Comisión Europea. Posteriormente se integraron Italia, Noruega y la Organización de Estados Americanos. La estructura del G-13 está conformada por el Grupo de Diálogo (GdD) y el Grupo de Coordinación de la Cooperación (GCC). Además, dentro del G-13 se encuentran los representantes de las agencias de cooperación internacional en calidad de observadores.

Red de Cooperantes Internacionales en Salud (RCIS):

Como adherente a la Declaración de París, Guatemala asumió un papel activo dentro de la agenda internacional de la eficacia de la ayuda. En el año 2008, se realizaron dos reuniones de alto nivel entre el gobierno y el G13. De éstas emanaron las Declaraciones de Antigua I y II, donde se establecieron las mesas específicas de seguridad y justicia, educación, salud, seguridad alimentaria y medio ambiente. La mesa de ambiente y agua presentó avances en materia de coordinación interinstitucional, mientras que las otras mesas mostraron menos resultados. Dentro de este esfuerzo de coordinación, los cooperantes en salud formaron la Red de Cooperantes Internacionales en Salud (RCIS), responsable de apoyar técnicamente al GCC y al G-13 en temas de salud y de facilitar la coordinación de los cooperantes con el MSPAS. La RCIS fue copresidida por Suecia y la OPS/OMS durante los últimos años, y ahora está bajo la presidencia conjunta de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés) y Medicus Mundi Bizkaia.

Cooperación Sur-Sur: Bajo esta modalidad, para el caso de Guatemala, destaca la cooperación con Argentina, Venezuela, Brasil, Colombia, Cuba, Chile y México. La cooperación que se ha recibido de estos países consta principalmente de donaciones en especie, cooperación técnica y ayuda humanitaria.



Sistema de Naciones Unidas (SNU): La cooperación del SNU para Guatemala está fundamentada en el “Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo” (MANUD) para el período 2010-2014, orientado a apoyar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), contribuir al logro del desarrollo sostenible y la paz en Guatemala. El Sistema de Naciones Unidas (SNU) está conformado por las siguientes Agencias, Fondos y Programas (AFP) con representación en el país: Banco Mundial (BM), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), Fondo Monetario Internacional (FMI), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH), Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS), Departamento de Protección y Seguridad del Sistema de las Naciones Unidas (UNDSS) y Programa de Voluntarios de Naciones Unidas (VNU).

Las áreas de cooperación definidas en conjunto con el Gobierno de Guatemala son:

- Área 1: Ambiente, reducción del riesgo a desastres, energía y agua y saneamiento.
- Área 2: Desarrollo social (salud, educación y oportunidades económicas).
- Área 3: Gobernabilidad democrática y participación ciudadana.
- Área 4: Seguridad alimentaria y nutricional.
- Área 5: Estado de derecho, justicia y seguridad.

El Fondo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Fondo ODM (F-ODM), permitió al país suscribir cinco programas conjuntos que trabajaron en los siguientes temas: género, cambio climático, gobernabilidad del agua, construcción de la paz y seguridad alimentaria y nutrición. De estos programas con-

juntos, solo quedan por finalizar el de gobernabilidad del agua y el de construcción de la paz.

El SNU tiene definidos mecanismos de coordinación interagencial que funcionan a través de los denominados Grupos Temáticos Interagenciales (GTI). Los GTI se organizan bajo la coordinación de una agencia líder, en el caso del GTI Salud la agencia líder es la OPS/OMS y en el GTI de seguridad alimentaria y nutricional la agencia líder es el PMA con la OPS/OMS como co-líder.

Otras fuentes bilaterales y multilaterales: Dentro de la cooperación recibida por países de Asia fuera del G-13 destaca Corea y China-Taiwán. También se ha recibido cooperación de Marruecos, Egipto, Rusia, India, Dinamarca e Israel. Es necesario mencionar en este grupo al Banco Centroamericano de Integración Económica, más enfocado en contribuir al desarrollo del Estado guatemalteco.

3.3 Análisis de los interesados directos

Guatemala recibe cooperación en salud de organismos bilaterales y multilaterales, de alianzas internacionales e iniciativas subregionales y mundiales, de ONG internacionales y locales, y de fundaciones y asociaciones privadas nacionales e internacionales.

En la cooperación en salud de organismos multilaterales destaca la relación con el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El Gobierno de Guatemala tiene aprobado un préstamo del BM para expandir los servicios de salud materna e infantil a nivel comunitario. Con el BID se tiene aprobados préstamos para trabajar la gestión del recurso humano en áreas rurales, fortalecer el abordaje de la desnutrición aguda, mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y nutrición, agua y saneamiento, y manejo de desechos sólidos entre otros.

En el plano de la cooperación bilateral, el Gobierno de los Estados Unidos de América está trabajando bajo el marco de tres iniciativas presidenciales, la iniciativa global de salud (GHI por sus siglas en inglés), el plan presidencial de emergencia para reducir el VIH (PEPFAR por las siglas en inglés) y alimentando el futuro (FTF por sus siglas en inglés). El trabajo está dirigido a integrar los esfuerzos por aumentar la cobertura y calidad de los servicios de salud y nutrición materna



e infantil, con los otros programas de desarrollo apoyados por agencias del gobierno norteamericano. La agencia con mayor participación en el tema de salud es USAID, y su trabajo está enfocado en el altiplano occidental del país.

La cooperación bilateral de Suecia ha apoyado al sector salud de Guatemala para incrementar el acceso de personas pobres a servicios de salud basados en el enfoque de atención primaria, y para reducir la mortalidad materna e infantil e incrementar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

La iniciativa Mesoamericana es un esfuerzo financiado por AECID, Fundación Carso y Fundación Gates, bajo la administración del BID. Las áreas técnicas a trabajar en Guatemala son: Salud materna-neonatal y salud reproductiva, malaria y dengue, nutrición e inmunizaciones, y está enfocada en la región del altiplano occidental del país.

El Fondo Mundial como asociación público privada, reúne una amplia gama de entidades gubernamentales ejecutoras y asociados internacionales para el desarrollo, incluidos organismos y donantes de las Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil (medios locales, asociaciones profesionales e instituciones religiosas, entre otras), el sector privado y comunidades que viven con o se ven afectas por ellas. En Guatemala, el Fondo Mundial tiene subvenciones activas para tuberculosis y malaria en las que el MSPAS es el receptor principal. Para sida hay dos subvenciones activas cuyos receptores principales son el MSPAS y Humanist Institute for Development Cooperation –HIVOS-. En

el 2011, se suscribieron convenios con el Fondo Mundial por valor de US\$ 53 millones.

3.4 Coordinación y eficacia de la ayuda en el país

Guatemala está clasificado como un país de renta media baja, lo que la convierte en un país no prioritario para recibir Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). De 78 países que reportaron datos para la encuesta de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) para el año 2010, Guatemala ocupa el lugar 71 por la cantidad de AOD recibida. Además, el país muestra tendencia al descenso en los montos de fondos recibidos a través de la cooperación internacional.

Las secciones anteriores muestran la complejidad de organizaciones y mecanismos involucrados en la cooperación al sector sanitario del país. Esto hace difícil la coordinación y el seguimiento a los programas y proyectos.

Un primer ejercicio que el país realizó para armonizar y alinear la cooperación internacional en general, y la de salud en particular, fue la conformación de mesas sectoriales. Específicamente para salud la mesa enfrentó dificultades para mantenerse, y actualmente está inactiva. Esto se evidencia más claramente al observar cómo se sobrepone en el altiplano occidental varios mecanismos de cooperación y se deja con poca o ninguna cooperación otras áreas geográficas del país.

Cuadro 3

Guatemala

Ingresos	2009	2010	2011
AOD neto (US\$ millones)	376	394	392
Participación bilateral	86%	85%	71%
AOD neto / PIB	1.0%	1.0%	0.9%
Flujos privados netos (US\$ millones)	-101	322	-94

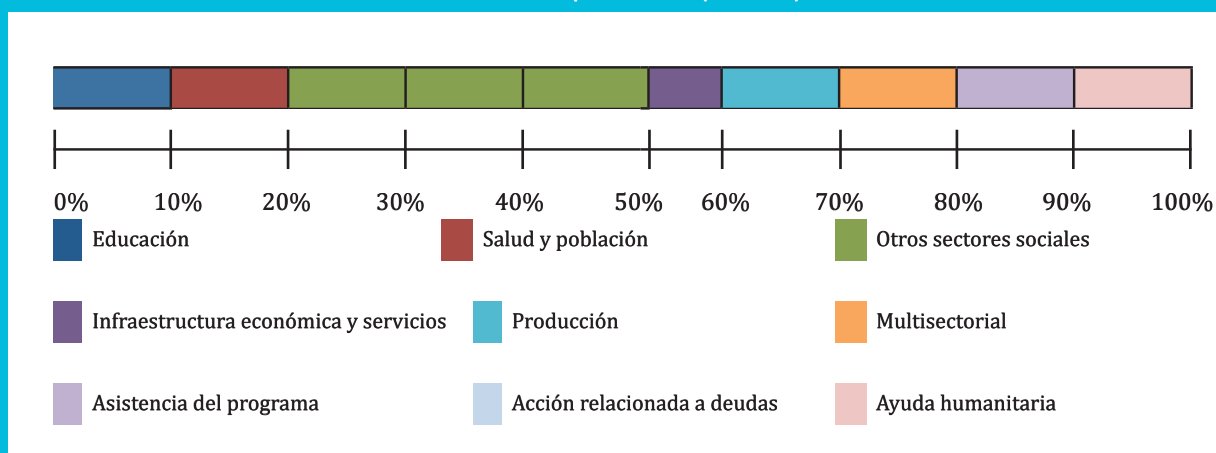
Primeros 10 donantes de AOD (2010 – 11 promedio)

	(US\$ m)
1. Estados Unidos	115
2. España	69
3. Instituciones europeas	39
4. Japón	39
5. Suiza	29
6. BID fondos específicos	26
7. Países Bajos	20
8. Alemania	20
9. Fondo Mundial	17
10. Canadá	11

Fuente: OECD - DAC, Banco Mundial; www.oecd.org/dac/stats



AOD bilateral por sectores (2010 -11)



Fuente: OECD - DAC, Banco Mundial; www.oecd.org/dac/stats

A pesar de la participación de todas las organizaciones y mecanismos descritos anteriormente, el aporte financiero de la cooperación al sector sanitario de Guatemala es bajo. La crisis económica mundial ha repercutido en los montos de recursos financieros destinados al sector sanitario del país, sumado al peso relativo de la subregión dentro de las prioridades establecidas por los principales donantes a nivel mundial. Esto combinado con el bajo gasto público en salud del país, hace que el tema de financiamiento para la salud sea un tema de alta prioridad para Guatemala y para el grupo de cooperantes.

Considerando lo anterior, las autoridades actuales del MSPAS, con el apoyo de la OPS/OMS, han conformado la Unidad de Cooperación Internacional (UCI). El objeto de esta unidad es la gestión, negociación, coordinación, monitoreo y evaluación de los programas y proyectos que operen con cooperación técnica reembolsable y no reembolsable, asistencia técnica y préstamos. La unidad está fortaleciéndose y asumiendo las responsabilidades que le corresponden, por lo que representa una oportunidad para fortalecer la coordinación y alineación de la cooperación para el desarrollo dentro del MSPAS.

3.5 Resumen

A pesar de que la subregión no está en los primeros lugares de prioridad de los principales socios de la cooperación sanitaria a nivel mundial, la agenda no resuelta de salud combinado con las nuevas demandas al sector sanitario hace que varias organizaciones

se interesen por apoyar a Guatemala. Pero esta participación de múltiples actores y mecanismos dentro del país dificultan la coordinación y alineación de esfuerzos. Adicionalmente, los mecanismos de coordinación que se han intentado no han logrado sostenerse en el tiempo principalmente por no contar con instrumentos metodológicos y normativos que guíen el trabajo. Ante esta situación, la OPS/OMS en Guatemala deberá mantener el apoyo al MSPAS para que fortalezca su rectoría, principalmente en esta función de conducción de la cooperación internacional, dentro de lo que sobresale el apoyo a la UCI del MSPAS. Además, a través de su participación en los grupos de coordinación de cooperantes debe aportar para la elaboración de instrumentos que organicen y regulen el accionar de esos grupos de forma que los esfuerzos de cada cooperante se dirijan a sumar al trabajo que el país ha definido.

Sección

4

COOPERACIÓN
DE LA OPS/OMS
CON GUATEMALA
DURANTE 2006-2012

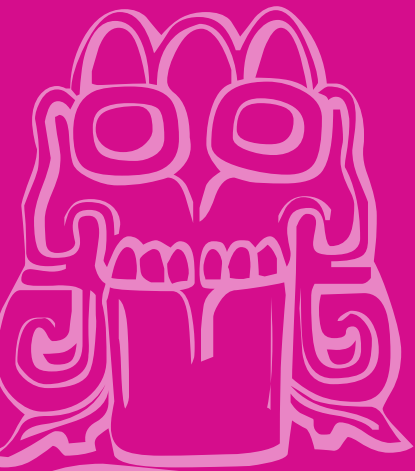




Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





4. COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS CON GUATEMALA DURANTE 2006-2012.

Introducción

La Representación de la OPS/OMS en Guatemala estableció su estrategia de cooperación con el país para el período 2006-2010 a través de un proceso participativo de amplia consulta a autoridades nacionales, cooperantes internacionales, comunidad científica y académica, y sociedad civil. A principios del 2011 se llevó a cabo un ejercicio para revisar y actualizar las orientaciones estratégicas de la cooperación técnica para los siguientes dos años. Esta revisión se realizó tomando en consideración que en octubre de dicho año se llevarían a cabo en el país las elecciones presidenciales y, consecuentemente, el cambio de autoridades de gobierno a inicios de 2012, por lo que se enfocó en definir las acciones estratégicas de cooperación técnica que guiaron este período de transición.

El ejercicio de revisión de la ECP implicó una fase de preparación y de definición de la metodología, incluidos los instrumentos para el acopio de la información y el análisis de las percepciones de los interesados directos y la evaluación interna entre los miembros del equipo en el país. Para ambos procesos se utilizó la metodología conocida como “World Café”; ésta consistió en la organización de mesas de trabajo orientadas a establecer rondas de conversación que permitieron crear una red de conexiones, sobre un temario de preguntas de interés, acordes a los fines del ejercicio de revisión de la cooperación.



4.1 Revisión de la cooperación de la OPS/OMS con los interesados directos

4.1.1 Reuniones con los interesados directos

Para efectos de la revisión de la estrategia de cooperación anterior de la OPS/OMS con el país, se realizó una consulta amplia con los interesados directos. Ésta incluyó a autoridades políticas, funcionarios y funcionarias del MSPAS otras entidades gubernamentales, cooperantes internacionales, incluidas las Agencias, Fondos y Programas (AFP) del SNU, entidades científicas y académicas y organizaciones de la sociedad civil.

4.1.2 Marco para la recopilación de la información

Siguiendo la metodología mencionada previamente, a cada mesa se le asignó preguntas y un tiempo determinado para resolverlas. Los participantes rotaron de manera organizada por las diferentes mesas, dinámica que facilitó la comunicación y un genuino intercambio y reflexión sobre los tópicos abordados. Los aportes de las diferentes mesas fueron compartidos y enriquecidos en plenarias con todos los grupos. Cada mesa fue apoyada por un coordinador y un relator, quienes posteriormente, analizaron e integraron todos los aportes.

4.1.3 Síntesis de los resultados

a. Apropiación nacional

- La contribución técnica de la OPS/OMS ha potenciado el liderazgo del MSPAS para la formulación, implementación y rendición de cuentas de sus propias políticas, estrategias, planes y normativas de salud. Algunos ejemplos que se destacan en este aspecto son la Ley de Creación de Ambientes Libres de Humo (2008), la adopción del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), Ley para la Maternidad Saludable, diversos protocolos de atención y planes de acción orientados a la salud materna y la conformación del Consejo Nacional de Salud, entre otros.
- La estrategia de cooperación de la OPS/OMS en

Guatemala ha sido un instrumento catalizador de avances en cuanto a la rectoría, financiamiento y prestación de servicios de salud.

- También se reconoce el liderazgo de la OPS/OMS como agencia especializada de salud, y la contribución de su cooperación técnica para la incorporación de temas de salud en la agenda política del Gobierno, como es el caso del Pacto Hambre Cero y la estrategia de la Ventana de los 1000 días.
- Se reconoce el importante apoyo técnico para mejorar la capacidad del MSPAS de establecer alianzas sobre prioridades de salud y sus determinantes sociales.
- b. La armonización de la estrategia de la OPS/OMS con las prioridades nacionales de salud y sus contribuciones al cumplimiento de los ODM y otros temas*
 - Se reconoce que la coordinación con el MSPAS en la preparación de la anterior ECP y su actualización para el período 2011-2012 facilitó que las líneas estratégicas de cooperación estuvieran armonizadas con las prioridades nacionales de salud. Además, se destaca que a pesar del cambio de autoridades, si bien las prioridades tuvieron variaciones en cuanto a jerarquía, han permanecido sustancialmente inmutadas. Se hace la observación que las prioridades fueron formuladas de manera bastante general.
 - Los principales aportes que se visualizan por parte de la OPS/OMS se centran en los temas de servicios de salud, vacunas, salud materna e infantil y vigilancia epidemiológica.
 - La estrategia de cooperación se considera en línea con el marco de los ODM, y se aprecia que esfuerzos significativos de la cooperación técnica se han encaminado a desarrollar las capacidades del país al cumplimiento de los ODM, principalmente relacionados con la reducción de la mortalidad materna e infantil, la desnutrición de los menores de cinco años y el VIH.
- c. Las esferas donde se requirió la contribución de la OPS/OMS, pero fue insuficiente para alcanzar los objetivos declarados*
 - Se destacan las limitaciones para el abordaje de los desafíos que persisten en el país en temas sustantivos como la rectoría, el financiamiento y la gobernanza, sobre todo a nivel sub nacional.



- Se observa la necesidad de fortalecer el tema de investigación operativa para la generación de datos probatorios que posibiliten la actualización de las normas de atención, acorde con la realidad nacional.
- Se percibe que algunos temas deben ser abordados con mayor fuerza, tales como la interculturalidad y derechos humanos y determinantes de la salud, aunque se reconoce que su abordaje implica un cambio de paradigma y de las modalidades de brindar cooperación técnica por parte de la organización.
- No se ha influido con efectividad en establecer la carrera sanitaria a lo interno del MSPAS, lo cual dificulta la sostenibilidad del personal, al tiempo que deja vía libre a la alta rotación y limita el impacto de las intervenciones y procesos.
- Se ha incidido en la conformación del Consejo Nacional de Salud, pero es necesario brindar más apoyo para lograr su efectivo funcionamiento.
- Falta un posicionamiento más eficaz dentro del sector salud y afuera del mismo, particularmente con actores no tradicionales. Esto significa avanzar desde un trabajo enfocado casi exclusivamente a responder a las demandas del MSPAS para interactuar y desarrollar trabajo colaborativo de manera sistemática, con una mayor diversidad de instituciones y actores. Se subraya, por ejemplo, la poca cercanía con el IGSS y la necesidad de participar estratégicamente en los espacios donde se forjan las políticas públicas que impactan significativamente en la situación de salud de la población (Ejemplo: educación, vialidad, minería, agricultura, seguridad, municipalidades, etc.) impulsadas por otros sectores.

d. La OPS/OMS en su calidad de miembro del equipo de coordinación de las Naciones Unidas

- Se identifican las limitaciones de coordinación entre las agencias del SNU y de la cooperación internacional en salud en su conjunto.

e. La OPS/OMS como intermediario para la salud entre asociados y sectores

- Se manifestó debilidad de parte de la OPS/OMS para actuar como catalizador de esfuerzos o facilitador de alianzas en tema de salud entre instancias de gobierno, sociedad civil y/u otros cooperantes.

A pesar de esto, se resaltó que durante el último año de la ECP se ha notado mejoramiento significativo en este sentido y que la OPS/OMS ha facilitado el diálogo entre el MSPAS y otros actores gubernamentales y no gubernamentales, como el Congreso de la República, el Ministerio de Finanzas, las Secretarías de Gobierno, el IGSS y otros cooperantes.

Este apoyo ha sido importante para lograr acuerdos y avanzar en diferentes temas como la implementación del Pacto Hambre Cero y el presupuesto por resultados.

f. Las esferas en que la OPS/OMS tiene una ventaja comparativa y en las que debe centrarse y, las esferas en las que no debe concentrarse, durante el próximo ciclo de la ECP

- La OPS/OMS ha demostrado su capacidad de proveer cooperación técnica oportuna, eficiente y eficaz en una amplia temática de salud. Se reconoce su fácil acceso a expertos y/o experiencias en otros países para definir criterios e identificar herramientas que permiten monitorear y evaluar los avances de las políticas nacionales de salud y de su propia estrategia de cooperación en el país. Los participantes en el taller consideran que durante la ECP que se evaluó, ha habido poco trabajo de evaluación y medición de impacto de las intervenciones de cooperación técnica brindada por la OPS/OMS en particular, y en general por los otros socios del desarrollo.
- Se identificó como necesario que en la nueva ECP, la OPS/OMS aporte activamente en la implementación de mecanismos permanentes de coordinación y seguimiento con otros actores dentro y fuera del sector salud, incluyendo las autoridades políticas nacionales. Se considera que el país requiere apoyo importante para fortalecer la rectoría del MSPAS e incrementar el financiamiento para la salud y la OPS/OMS cuenta con la capacidad técnica para apoyar en estos temas. Se percibe que la cooperación técnica de la OPS/OMS, a través de la última ECP, ha estado muy enfocada en temas específicos de prestación de servicios, lo que da la impresión de dejar en segundo plano los temas de diálogo de políticas intersectoriales, alineación de los esfuerzos y coordinación con actores del sector salud y de otros sectores.



4.1.4 Síntesis

Durante el ejercicio de evaluación de la ECP quedó manifiesto el avance logrado por la organización en la contribución a la apropiación nacional de temas prioritarios de salud, así como a la armonización de la ECP con las prioridades nacionales. Es importante resaltar que se percibe como insuficiente el aporte para facilitar la coordinación con otros actores, dentro y fuera del sector salud. También se mencionó en varias ocasiones la necesidad de que en la nueva ECP, la OPS/OMS logre un mayor balance entre las acciones de cooperación técnica para la prestación de servicios y las acciones de diálogo político y facilitación de coordinación con otras instancias. Se insistió en la necesidad de apoyo para la definición y puesta en marcha de mecanismo de evaluación de las intervenciones de salud.

4.2 Examen interno

4.2.1 Evaluación interna

Sobre la base de la misma metodología referida anteriormente, se organizó el proceso de consulta interna entre los miembros del equipo en el país, con participación del personal técnico y administrativo. La relatoría de las diferentes mesas, producto de las discusiones de los temas abordados, fueron al final del ejercicio socializados con todo el grupo. Cada mesa fue liderada por un coordinador y un relator, quienes luego analizaron e integraron todos los aportes.

4.2.2 Síntesis de los resultados clave

a. *Congruencia entre las prioridades de la ECP y las prioridades de la política, estrategia o plan nacional de salud*

- Se destaca que la cooperación técnica de la OPS/OMS ha respondido con lentitud a los cambios políticos, sociales y demográficos que el país ha experimentado desde que se elaboró la ECP anterior. Las prioridades establecidas en la ECP parecen continuar vigentes en el país, porque corresponden a temas amplios, pero ha tomado tiempo alinearlas con las prioridades del actual gobierno que tomó posesión en enero de 2012.
- Resalta el trabajo en temas prioritarios para el país

como por ejemplo equidad de género, salud mental, violencia social, interculturalidad, y el posicionamiento del concepto de salud como un derecho.

b. *Congruencia entre las prioridades de la ECP y los resultados del MANUD relacionados con la salud*

El trabajo realizado a través de programas conjuntos con otras agencias, fondos y programas del SNU durante la ECP que finaliza, han sido coherentes con el MANUD. Temas que han concentrado esfuerzos interagenciales son la reducción de la desnutrición crónica, reducción de la mortalidad materna e infantil, aumento en el acceso a servicios de agua potable y saneamiento. Además, la cooperación técnica brindada, ha aportado para colocar y mantener en la agenda pública temas transversales como género, derechos humanos e interculturalidad y ambiente, los que son parte integral de las áreas de cooperación del MANUD.

c. *Congruencia entre las prioridades de la ECP y la estructura y planes de trabajo de la oficina en el país*

Existen procesos administrativos que no favorecen la respuesta rápida que se necesita para trabajar adecuadamente en torno a algunas de las prioridades de la ECP. Aún existen áreas en las que no están claros los límites entre la responsabilidad de las áreas técnicas y del área administrativa. Es necesario mejorar el proceso de planificación para evitar duplicaciones en las acciones que realizan las diferentes áreas técnicas, y fortalecer el trabajo interprogramático.

d. *Ventaja comparativa de la OPS/OMS*

La ECP ha posicionado a la OPS/OMS como organismo especializado en el tema, teniéndose credibilidad y respeto por parte de distintas instituciones en el país.

e. *Coherencia entre las prioridades de la ECP, el presupuesto y las actividades para movilizar recursos*

Algunas de las prioridades de la ECP no se ven reflejadas dentro de los proyectos extrapresupuestarios, lo que limita la cantidad de recursos que



puede destinarse para las mismas. No se ha establecido una estrategia para movilizar recursos, particularmente para aquellas prioridades que tienen escaso o nulo apoyo de proyectos extra-presupuestarios.

f. Prioridades de la ECP durante el ciclo y el grado de ejecución de cada prioridad.

Los temas en los que la organización desarrolla la cooperación técnica son muy amplios, esto no permite trabajar en todos con la misma profundidad y nivel de dedicación. Son evidentes ciertos resultados como la integración de temas transversales en la agenda de discusión y en planes de trabajo. Hay prioridades en las que se observa poco avance como en la gobernanza del sector salud e interculturalidad

4.2.3 Síntesis

El proceso de evaluación interna de la ECP permitió identificar factores que han favorecido o limitado la efectividad de la cooperación técnica de la OPS/OMS con el país. Destacan principalmente las dificultades para adaptarse con mayor velocidad a las dinámicas y cambios políticos y sociales del país, además, a la elevada carga de algunos procesos administrativos.

Una lección aprendida es la importancia de ampliar la colaboración y trabajar estrechamente con otros actores importantes en el sector salud como lo es el IGSS, las academias, los municipios, otros sectores gubernamentales y la sociedad civil.

No se cuenta con el grado de automatización en los procesos, de tal forma que se pueda tener la agilidad administrativa necesaria para dar una respuesta pronta y oportuna que usualmente se requiere.



Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala



Sección

5

LA AGENDA ESTRATÉGICA
PARA LA COOPERACIÓN DE
LA OPS/OMS 2013-2017





Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





5. LA AGENDA ESTRATÉGICA PARA LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS 2013-2016

5.1 Principios rectores y marco político de la OPS/OMS

En esta sección se presenta la agenda estratégica para la cooperación entre la OPS/OMS, y el Gobierno de Guatemala que ha sido preparada mediante una serie de reuniones estructuradas y entrevistas con contrapartes gubernamentales de alto nivel y socios para el desarrollo en el 2012. Las entrevistas y los talleres de consulta con el sector gubernamental y con el sector privado, las instituciones académicas, entidades de profesionales y organizaciones de la sociedad civil del país, aseguraron que sus puntos de vista en se incluyeran en el diseño de la ECP.

El proceso de formulación contó con el apoyo de una Misión¹ conformada por funcionarios del nivel global, regional y de país, cuyos principales objetivos fueron: i) revisar los documentos de referencia, ii) obtener información complementaria de los actores clave para profundizar en el análisis de la situación de la salud actual y futura del país, iii) confirmación de los desafíos principales del desarrollo y la salud para el país, e iv) analizar y proponer el papel de la OPS/OMS en la cooperación técnica en salud con Guatemala.

El análisis de las lecciones aprendidas durante la ejecución de la ECP actual, las discusiones sobre la desafíos sanitarios que enfrenta el país y la revisión de las opciones estratégicas de la OPS/OMS para contribuir al logro de los objetivos nacionales en salud, a la luz de sus ventajas comparativas y su mandato, dio lugar a que se hicieran las recomendaciones sobre la agenda estratégica y los enfoques que deberían ser considerado por la ECP.

La estrategia se basa en las prioridades y políticas de cooperación internacional definidas a nivel mundial y regional en el marco de las Naciones Unidas, del Sistema Interamericano (SI) y del Sistema de Integración Centroamericano (SICA). Por otra parte, también se ha tenido en cuenta la definición de prioridades y políticas relevantes para el sector de la salud del país por parte de otros organismos multilaterales y bilaterales de cooperación técnica y financiera, a fin de garantizar complementariedad y sinergia.

¹ La Misión estuvo integrada por Guillermo Mendoza (Analista de Programa de País CFS/TC), Carlos Santos-Burgoa (Asesor SDE/ER), Sandra Del Pino (Especialista GDR/GD) y Enrique Pérez-Gutiérrez (Asesor HSD/HI/PAN), de la Oficina Regional; Margareta Sköld, Representante de la Oficina OPS/OMS en Jamaica; Hernán Montenegro (Asesor HPW/HGS) y Mart Leys (Oficial Técnico HPW/HGS) de la Oficina Global.



5.2 Agenda estratégica

5.2.1 Prioridades:

Como resultado del diálogo sostenido con las autoridades del MSPAS, funcionarios de otros ministerios, socios y actores clave interesados en el desarrollo sanitario del país, buscando el máximo aprovechamiento del mandato, las capacidades técnicas, las ventajas comparativas y fortalezas institucionales de la OPS/OMS se definieron las siguientes prioridades:

1. Fortalecer la rectoría, organización y financiamiento del sistema nacional de salud, con especial énfasis en el logro de la cobertura universal, así como el desarrollo de los recursos humanos para la salud y aumentar el acceso a las tecnologías médicas y medicamentos, de la población con mayor vulnerabilidad social desde una perspectiva intercultural.
2. Contribuir al logro de los ODM relacionados con la salud, sobre todo los objetivos 1, 4, 5 y 6: desnutrición crónica en las mujeres y los niños, el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria; y la salud de las madres, recién nacidos, los niños y adolescentes. Así como, las metas y objetivos nacionales de desarrollo post 2015.
3. Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles prevalentes en el país; incluyendo las lesiones originadas por la violencia social, la salud mental y las discapacidades, mediante la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de sus principales factores de riesgo.
4. Abordar integral e intersectorialmente los determinantes políticos, económicos y sociales de la salud a nivel nacional, departamental y local; poniendo especial empeño en asegurar la equidad sanitaria y el derecho a la salud.
5. Desarrollar los sistemas de análisis e información sanitaria; vigilar y responder oportuna y eficazmente frente a epidemias y pandemias relevantes; gestionar con eficacia las emergencias y desastres humanitarios, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

5.2.2 Principales focos de acción de la OPS/OMS:

1. Fortalecer la rectoría, organización y financia-

miento del sistema nacional de salud, con especial énfasis en el logro de la cobertura universal. Así como, el desarrollo de los recursos humano para la salud y aumentar el acceso a las tecnologías médicas y medicamentos de la población con mayor vulnerabilidad social desde una perspectiva intercultural:

- Políticas y planes para la ampliación de cobertura, con calidad y pertinencia cultural, de la red de servicios públicos de salud, asegurando la articulación de la red de centros de salud de primer y segundo nivel con los establecimientos hospitalarios.
- Financiamiento del sistema de salud con una asignación más equitativa, integrado y universal, a fin de revertir el alto gasto de bolsillo, principalmente de la población más pobre del país.
- Capacidades institucionales y mecanismos de gobernanza del MSPAS, para ejercer su rol de rectoría, regulación y fiscalización en materia de salud pública. Asimismo, desempeñar un liderazgo intersectorial y de coordinador de la cooperación internacional en salud. Se dará especial atención a la evaluación del desempeño y puesta en práctica de las funciones esenciales de salud pública.
- Políticas, planes y programas de formación, desarrollo y gestión de los recursos humanos de salud, con el propósito de contribuir a una distribución más justa y una dotación de la fuerza de trabajo más racional, tanto en cantidad como en calidad, dando prioridad a aquellas regiones del país con mayor necesidad. Tendrá preponderancia el desarrollo de la carrera sanitaria, orientada a mejorar las condiciones salariales y el ambiente físico y social donde se desempeñan.
- Capacidad de gestión de las áreas de salud y de los establecimientos públicos hospitalarios, incluyendo el mantenimiento de la actual red de servicios y marco normativo que promueva la equidad, solidaridad, la universalidad de los servicios, la calidad de la atención, seguridad de los pacientes, así como el respeto a sus derechos humanos y libertades fundamentales.
- Reafirmación del derecho a la salud de la población, priorizando aquellos sectores de mayor vulnerabilidad y exclusión, como son la población rural e indígena, los que viven en los asentamientos urbanos precarios y las poblaciones migrantes.
- Extensión de la protección social en salud, mediante el desarrollo de los servicios de seguridad



- social, articulación de la red de servicios, protección de la salud de los trabajadores, regulación de los seguros privados y todas las medidas disponibles y con base en datos probatorios que eviten el empobrecimiento de las población por razones de salud. Articulación con programas de transferencia condicionada.
- Política nacional de disponibilidad y uso racional de medicamentos, vacunas y tecnologías médicas, asegurando su pertinencia cultural.
 - Acceso de los profesionales en salud a las fuentes de información y el conocimiento científico y técnico, con el fin de fortalecer sus competencias. Asimismo, establecer prioridades y la gobernanza en el ámbito de las investigaciones sanitarias en el que permita el diseño de políticas y la toma de decisiones basadas en datos probatorios.
 - Participación social en salud, con el propósito fundamental de garantizar el cumplimiento del ejercicio pleno del derecho a la salud de la población y el desarrollo de sus habilidades y competencias para mejorar su situación de salud y bienestar.
2. Contribuir al logro de los ODM relacionados con la salud, sobre todo los objetivos 1, 4, 5 y 6: desnutrición crónica en las mujeres y los niños, el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria; y la salud de las madres, recién nacidos, los niños y adolescentes. Así como, las metas y objetivos nacionales de desarrollo post 2015:
- Ampliación del acceso a los servicios de salud reproductiva, materna, del recién nacido y del adolescentes.
 - Políticas y programas dirigidos a reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, con miras a reducir las brechas de mortalidad materna e infantil, con énfasis en la mortalidad neonatal en el marco del continuo de la atención. Incluye la promoción del desarrollo positivo de la niñez.
 - Políticas, estrategias y programas que lleven a escala nacional las intervenciones para reducir la desnutrición crónica en la niñez menor de 5 años, en el marco de la ventana de los mil días, y el Pacto Hambre Cero.
 - Consolidación de la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en coordinación con las escuelas formadoras de recursos humanos. Incluye la estrategia de Clasificar, Evaluar y Tratar las Emer-
- gencias Pediátricas (CETEP).
- Acciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo social del VIH/sida, tuberculosos, sífilis y otras ITS. Erradicar el estigma y discriminación de las poblaciones PEMAR y erradicar la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita.
 - Mejores sistemas de información, supervisión y rendición de cuentas de acuerdo a las diez recomendaciones de la “Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño” de la OMS.
 - Agenda del desarrollo post 2015 de las Naciones Unidas. Abogacía y desarrollo de capacidades para asegurar una presencia sustantiva de salud en los metas y objetivos nacionales de desarrollo post 2015.
3. Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y no trasmisibles prevalentes en el país; incluyendo las lesiones originadas por la violencia social, la salud mental y las discapacidades, mediante la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de sus principales factores de riesgo:
- Acciones de prevención, tratamiento, control y eliminación de las enfermedades transmisibles prevalentes en el país y las desatendidas, que afectan principalmente a la población del área rural, indígena y urbana-marginal.
 - Leyes, políticas, estrategias y programas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, incluyendo los trastornos mentales; dando prioridad a la hipertensión arterial, diabetes, cáncer, y obesidad.
 - Sostenibilidad de las coberturas de vacunación y desarrollar estrategias para alcanzar las poblaciones de baja cobertura. Mantener la erradicación de la polio y la eliminación del sarampión y la rubéola congénita.
 - Adopción plena y puesta en práctica del convenio marco para el control del tabaco.
 - Políticas, planes y programas para el abordaje integral de los problemas de salud emanados del envejecimiento de la población.
 - Desmanicomialización y prestación de servicios de salud mental en todos los establecimientos públicos de salud. Financiamiento y recursos humanos con las competencias para brindar atención por trastornos mentales y neurológicos en los servicios no especializados. Ley y plan de acción in-



- tegral sobre salud mental de conformidad con los instrumentos universales y regionales de derechos humanos tales como la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Impulsar la perspectiva de salud pública en el abordaje de la problemática de las drogas ilegales. Se priorizará las acciones orientadas a reducir la demanda, particularmente de los adolescentes y jóvenes. Asimismo, leyes, políticas y programas para reducir el consumo de riesgo del alcohol, priorizando en la población adolescente y joven.
4. Abordar integral e intersectorialmente los determinantes políticos, económicos y sociales de la salud a nivel nacional, departamental y local; poniendo especial empeño en asegurar la equidad sanitaria y el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados:
- Abordaje de los determinantes económicos y sociales de la salud en el marco de las políticas de desarrollo nacional, rural, de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras, procurando la participación de todas las personas y comunidades en las cuestiones de salud.
 - Políticas, planes y programas de salud de conformidad con los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos relacionados con la salud que sean aplicables.
 - Autoridad sanitaria con las capacidades técnicas para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos correspondientes, para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos, con especial atención a la protección de los grupos de mayor vulnerabilidad.
 - Leyes, políticas y programas de prevención y atención de las consecuencias de la violencia social. También políticas y programas para prevenir la mortalidad y discapacidad ocasionada por los traumatismos causados por el tránsito. Desarrollo de los servicios pre-hospitalarios y servicios de emergencia de trauma.
 - Programa nacional de municipios y comunidades saludables. Expansión, consolidación y profundización de acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en el ámbito municipal, incluyendo las iniciativas de escuelas saludables, centros de trabajo saludables, promoción de la salud en los centros
- carcelarios, mercados y viviendas saludables, y agua y saneamiento.
- Leyes, políticas y programas de salud ambiental, incluyendo las acciones de mitigación y adaptación frente a los problemas derivados del cambio climático; uso de plaguicidas y otras formas de cultivo que impactan en la salud; desarrollo de la extracción minera y otras industrias con efectos adversos en el ambiente.
5. Desarrollar los sistemas de análisis e información sanitaria, vigilar y responder oportuna y eficazmente frente a epidemias y pandemias relevantes, gestionar con eficacia las emergencias y desastres humanitarios, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional:
- Desarrollar las capacidades nacionales, departamentales y locales del sistema de información de salud, incluyendo los sistemas de registro, procesamiento, transferencia y utilización de la información del MSPAS, IGSS y el sector privado para las estadísticas sanitarias, vigilancia epidemiológica, control de la calidad de los servicios, estadísticas de producción e información gerencial, entre otros.
 - Monitoreo integral de la situación sanitaria nacional, sus tendencias y determinantes. Incluye fortalecer el sistema de registro civil y de estadísticas demográficas; como también, el monitoreo de la desnutrición, coberturas de vacunación y, el análisis de las inequidades género, etnicidad y discapacidad.
 - Cumplimiento del RSI. Las leyes y normas nacionales pertinentes alineadas con el RSI y otros compromisos internacionales relacionados con determinantes clave de la salud global y nacional.
 - Prevenir y prepararse para responder mejor a los brotes de enfermedades (incluyendo las enfermedades emergentes y re-emergentes) y otras amenazas para la salud (causadas por múltiples riesgos de desastres naturales, origen accidental o intencional, como productos químicos, radio-nucleares, riesgos biológicos y otros) con acciones intersectoriales.
 - Planes y programas, nacional y municipales, de preparación y respuesta para situaciones de emergencia y desastres.



5.3 La estrategia de cooperación en el país y las prioridades nacionales

El Gobierno de Guatemala viene impulsando varias políticas y medidas orientadas a mejorar las condiciones de salud y bienestar de su población, priorizando a la población más pobre, rural e indígena. Estas iniciativas posibilitan potenciar las acciones de cooperación técnica de la OPS/OMS y complementarlas con los esfuerzos de los otros socios para el desarrollo. Entre estas se destaca: a) universalización de los servicios de salud; b) fortalecimiento de la rectoría del MSPAS y el Consejo Nacional de Salud (CNS); c) carrera sanitaria; y d) financiamiento. También adquieren importante relevancia los programas de transferencia condicionada y las actividades de cooperación de las brigadas médicas cubanas.

5.4 La estrategia de cooperación en el país y el MANUD

La ECP se inscribe bajo un principio de complementariedad y sinergismo con el resto de la cooperación internacional en el país, tanto multilateral como bilateral, destacando los esfuerzos colaborativos y de coordinación con las agencias, fondos y programas del Sistema de Naciones Unidas. La OPS/OMS a pesar de su vocación sectorial amplía su oferta de cooperación técnica en varios temas que exigen abordaje multisectorial por su relevancia para la salud. Desde esta perspectiva se puede evidenciar que las prioridades definidas en la ECP contribuyen en cinco áreas de cooperación del MANUD: 1. Ambiente, reducción de riesgo a desastres, energía, agua y saneamiento; 2. Desarrollo social: salud, educación y oportunidades económicas; 3. Gobernabilidad democrática y participación ciudadana; 4. Seguridad alimentaria y nutricional; y 5. Estado de derecho, justicia y seguridad. Sobresale su contribución, aunque no es exclusiva para lograr los siguientes efectos directos UNDAF: 1.1, 1.4; 2.1, 2.2; 3.1, 3.3; 4.1, 4.4, 4.5; y 5.5.

5.5 Modalidades de cooperación de la OPS/OMS en Guatemala

La cooperación técnica de la OPS/OMS y Guatemala, se centrará en la consecución de las prioridades definidas anteriormente. Se desarrollará a través de los siguientes métodos:

1. Abogacía como instrumento clave para generar una conciencia nacional sobre los principales problemas de salud del país y sus determinantes políticos, sociales, económicos y culturales. Asimismo, para promover en la ciudadanía su derecho a la salud y en los funcionarios públicos su responsabilidad para el pleno ejercicio.
2. Desarrollo y movilización de capacidades nacionales. La OPS/OMS en coordinación con las autoridades nacionales identificará y movilizará las excelencias técnicas existentes en el país dentro de una amplia gama de instituciones académicas, profesionales, centros de estudio. Asimismo, ampliará las relaciones colaborativas con instituciones y centro colaboradores subregionales, subregionales y globales.
3. Gestión de la información y del conocimiento científico. Se promoverá el acceso a las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) disponibles para desarrollar programas de capacitación virtual, como también el acceso a fuentes de conocimiento desarrolladas por la OPS/OMS y/o accesibles por su alianza con instituciones académicas y científicas a nivel internacional. Se impulsará la red de bibliotecas virtuales en salud, nutrición, ambiente y desarrollo.
4. Trabajo en redes. Se promoverá la conformación de redes de instituciones nacionales e internacionales para el trabajo colaborativo sobre temas relevantes de salud y sus determinantes. Se fomentarán las alianzas estratégicas entre diversas instituciones, sectores y disciplinas comprometidas con el desarrollo sanitario nacional y con el mejoramiento de las condiciones de vida y salud.
5. Cooperación descentralizada a nivel subnacional. En coordinación con las autoridades políticas y técnicas del nivel nacional, se brindará cooperación técnica para fortalecer la capacidad de las



- instancias departamentales, municipales y locales de salud, así como de organizaciones de la sociedad civil para abordar las prioridades sectoriales.
6. Aprovechamiento de las lecciones aprendidas. Identificación, sistematización, evaluación y documentación de las mejores prácticas y experiencias para la formulación, desarrollo, implementación y evaluación de políticas, estrategias, programas e intervenciones en salud.
 7. Movilización de recursos a nivel nacional e internacional para facilitar la implementación de políticas y programas que buscan el desarrollo del sistema nacional de salud, incluyendo la gobernanza, el desarrollo institucional y la transferencia de tecnología.
 8. Abordaje intersectorial y multidisciplinario. OPS/OMS promoverá y facilitará el diálogo y la cooperación entre las instituciones del sector de la salud con otros sectores del desarrollo, como ambiente, educación, energía, trabajo, transporte y otros, cuyo trabajo es relevante para alcanzar las prioridades de salud, y la priorización de la salud en las políticas de estos sectores.
 9. Diálogo entre la autoridad sanitaria nacional y la sociedad civil. Se apoyará el diálogo con actores relevantes de la sociedad civil para el desarrollo sostenible del sector de la salud y sus políticas, con miras a asegurar el trabajo colaborativo para alcanzar los ODM y la agenda de desarrollo que se acuerde para el post 2015.
 10. Incidencia del país en la salud pública internacional. Participación activa en los procesos de negociación política sobre temas relevante de la salud pública internacional, con énfasis en los cuerpos directivos de la OPS/OMS. Liderazgo en los procesos e instancias de integración subregionales en salud (Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD), Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), Foro Centro Americano y de Republica Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD), Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)).
 11. Promoción de la Cooperación Sur-Sur, como mecanismos de fortalecimiento de la institucionalidad, el desarrollo de capacidades y la integración regional. En este sentido, se propician espacios y canales de transferencia e intercambio de conocimientos y, experiencias exitosas que puedan ser replicadas.
 12. Fortalecer la capacidad técnica de la autoridad

sanitaria para trabajar con las entidades gubernamentales de derechos humanos correspondientes, tales como las defensorías y secretarías de derechos humanos para evaluar y vigilar la implementación de los instrumentos internacionales de derechos humanos.



BIBLIOGRAFÍA





Foto: Derechos reservados OPS/OMS Guatemala





Banguat (2013). Guatemala en cifras 2012. Ciudad de Guatemala: Banguat. 94p.
<http://www.banguat.gob.gt/Publica/guatemala_en_cifras_2012.pdf

Banco Interamericano de Desarrollo –BID- (2012). Intervenciones y opciones de políticas para combatir la desnutrición en Guatemala. Washington DC, 2012. Autor: Reynaldo Martorell

Banco Interamericano de Desarrollo –BID- (2011). Evaluación de programa de país: Guatemala 2008-2011. Washington DC, 2011.

Banco Mundial (2013). UNICO Studies Series 19 Improving Access to Health Care Services through the Expansion of Coverage Program (PEC): The Case of Guatemala. Washington DC, 2013.
Autor: Christine Lao Pena

CIEN/PREAL (2009). Educación: Un desafío de urgencia nacional. Informe de progreso educativo de Guatemala, 2008. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales.

COMISCA (2009). Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018. Disponible:
[http://www.paho.org/Spanish/D/Agenda_Salud_Centroamerica_RepDom-2009-2018\[1\].pdf](http://www.paho.org/Spanish/D/Agenda_Salud_Centroamerica_RepDom-2009-2018[1].pdf)

CONALFA (2010). Anuario 2010. Comisión Nacional de Alfabetización.
Disponible en: <http://www.conalfa.edu.gt/anuario2010/index.html>

Congreso de la República de Guatemala (2012). Decreto 1-2012. Reformas a la Ley del Organismo Ejecutivo, decreto número 114-97, del Congreso de la República. Ciudad de Guatemala: Diario de Centroamérica. N° 83. 7 de febrero de 2012.
<<http://200.12.63.122/archivos/decretos/2012/CCXCIII0830200010001201207022012.pdf>>

Congreso de la República de Guatemala (1997). Ley del Organismo Ejecutivo. Decreto 114-97. Ciudad de Guatemala.

Congreso de la República de Guatemala (1985). Constitución Política de la República de Guatemala. Reformada por acuerdo legislativo N° 18-93 del 17 de noviembre de 1993. Ciudad de Guatemala.

Diario de Centroamérica. N° 83. 7 de febrero de 2012. Disponible en:
<http://200.12.63.122/archivos/decretos/2012/CCXCIII0830200010001201207022012.pdf>

EMTJ (2008). Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. Guatemala. Hoja resumen.

ENSMI (2008/09). V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009.
Disponible en: http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf

Flores, W. (2007). El sistema de salud en Guatemala: Dinámica de su estructura, funcionamiento y desempeño. Reporte de consultoría presentado al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD) Guatemala; 2007.

Hidalgo, E y Molina R. (2008). ¡Cómo hemos cambiado! Transición demográfica en Guatemala. Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo. Serie sobre salud: El Sistema de Salud en Guatemala. ¿Hacia dónde vamos? Disponible en: http://www.desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Serie_Salud_1.pdf



IARNA-URL (Instituto de Agricultura, Recursos Naturales y Ambiente de la Universidad Rafael Landívar). (2012). Perfil Ambiental de Guatemala 2010-2012. Vulnerabilidad local y creciente construcción de riesgo.

Guatemala, 2012. <http://www.infoiarna.org.gt>

Instituto Nacional de Bosques (INAB). (2011). Mapa de cobertura forestal de Guatemala 2006 y Dinámica de la Cobertura Forestal 2001-2006. Instituto Nacional de Bosques, Consejo Nacional de Áreas Protegidas, Universidad Rafael Landívar, Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala,

International Food Policy Research Institute (IFPRI). (2011). Índice Global del Hambre. El desafío del hambre: domar la volatilidad excesiva y los picos de los índices alimentarios. International Food Policy Research Institute, Bonn, Washington D.C., Dublin. 2011.

Disponible en:<http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/ghi11es.pdf>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Informe anual de labores 2010. Guatemala 2011.

Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) Registro de cáncer. Guatemala 1999-2008

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012a). Guatemala: Estimaciones de la población por municipio. Período 2008-2020. Guatemala. 17-Jan-2011. <http://www.ine.gob.gt/np/biblioteca/index.htm>

Acceso 8-6-12.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012b). Etnias por departamento. Guatemala. 14-Dic-2010. <<http://www.ine.gob.gt/np/biblioteca/index.htm>> Acceso 8-6-12.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2006). Encuesta nacional de condiciones de vida (ENCOVI): Principales resultados. Ciudad de Guatemala: INE.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI): Principales resultados. Ciudad de Guatemala: INE.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). Mercado laboral: Encuesta nacional de empleos e ingresos (ENEI) 2011. Ciudad de Guatemala: INE.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2010). Compendio Estadístico Ambiental de Guatemala 2009-2010. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2008). Anuario Estadístico Ambiental 2007. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2010). Encuesta Nacional de Empleos e Ingresos, ENEI. INE, 2010. Disponible: <http://www.ine.gob.gt/np/enei/ENEI2010.htm>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2006). Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2006. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2011) Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2011 http://www.ine.gob.gt/np/encovi/documentos/ENCOVI_Resumen_2011.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). Defunciones registradas por departamento del país. Guatemala 1986-2008. Guatemala 2011



Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN). (2009). Informe ambiental del Estado de Guatemala GEO. Guatemala.

Ministerio de Educación (2009). Anuario estadístico 2009.
Disponible: <http://www.mineduc.gob.gt/estadistica/2009/main.html>

MSPAS/SEGEPLAN (2010). Estudio nacional de mortalidad materna 2007. Guatemala, Informe Preliminar.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), et al (2010). V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/09 (ENSMI-2008/09). Ciudad de Guatemala. 500p.

MSPAS (2009). Memoria de vigilancia epidemiológica 2000-2007. Guatemala.

MSPAS/CNE (2006-2007) Reportes de semanas epidemiológicas sobre dengue. Guatemala.

MSPAS/CNE (2011) Reportes de casos reportados enfermedades de notificación obligatoria. Guatemala 2011.

MSPAS/CNE (2012). Casos de VIH/sida notificados por departamento del país. Guatemala 2012.

MSPAS (2011). Plan estratégico 2010-2015. Programa nacional de enfermedades crónicas no transmisibles. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP). MSPAS. Guatemala, 2011.

MSPAS (2011). Encuesta mundial de salud escolar. Guatemala 2009. Programa Nacional de enfermedades crónicas no transmisibles. MSPAS, 2011.

MSPAS (2012). Diagnóstico nacional de salud. MSPAS, marzo 2012.
http://www.mspas.gob.gt/images/stories/documentos_noticias/diagnostico_Salud_marzo_2012.pdf

MSPAS (2011). Cohorte anual de tuberculosis 2009. Integrando información para fortalecer acciones. Programa nacional de tuberculosis. Guatemala 2011.

Moscoso, Virginia. Flores, Carlos. El Sistema de salud en Guatemala, 3. Retratos de muertes evitables. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD 2008.

Observatorio de la Salud Reproductiva (OSAR) (2012).
Quiénes somos < <http://www.osarguatemala.org/content/quienes-somos>> Acceso 8-6-12.

OIM (2006). Encuesta sobre remesas 2006 Inversión en salud y educación. Cuadernos de trabajo sobre migración 23. Guatemala: Organización Internacional para las Migraciones; 2006.

ODHAG (2011) Informe situación de la niñez y adolescencia en Guatemala 2009-2010. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala
Disponible en: <http://www.odhag.org.gt/pdf/Ninez20092010.pdf>

OPS (2006). Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://new.ops.org.bo/files/docs/ops/ssa_ib/ssa_ib_spa_2006.pdf



- OPS (2010). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2010. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2008). Informe de la situación del paludismo en las Américas, 2008. Capítulo 9 Guatemala. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Malaria_Report_2008_Spa_Guatemala.pdf
- OPS, CDC, CAMDI. (2005). Iniciativa centroamericana de la diabetes (CAMDI, por sus siglas en inglés). Calidad de la atención a la diabetes. Washington, D.C. 2005.
- OPS (2011) Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala. Guatemala 2011
- OPS (2006) Informe sobre el sistema de salud mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Nicaragua, El Salvador y Guatemala 2006.
- OPS (2010) Informe sobre control del tabaco para la región de las Américas. Washington, D.C. 2010.
- OPS (2007). Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Iniciativa centroamericana de diabetes (CAMDI, por sus siglas en inglés). OPS, 2007.
- OMS (2009). Informe sobre el estado de la seguridad vial en la región de las Américas Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- ONU (2011). Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Misión a Guatemala.A/HRC/17/25/Add.2. Disponible:http://guatemala.unfpa.org/docs/Relator%20Salud_Mision%20a%20Guatemala.pdf
- ONUSIDA. Epidemia de VIH en Guatemala. Disponible en: <http://www.onusida.org.gt/epidemia-vih-guatemala.html>
- PDHG (2010). Informe anual circunstanciado al Congreso de la República. TOMO I. Situación de los derechos humanos en Guatemala durante 2010 / Procurador de los Derechos Humanos. -Guatemala: PDH, 2010. 324 p.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2013). Informe sobre desarrollo humano 2013 El ascenso del sur: progreso humano en un mundo diverso. Nueva York, 2013. Disponible en: <http://hdr.undp.org>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2012). Guatemala: ¿Un país de oportunidades para la juventud? Informe nacional de desarrollo humano 2011/2012. -Guatemala. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012. 306p.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010). Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano. Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010. Ciudad de Guatemala. 489p.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe estadístico de la violencia en Guatemala. Guatemala diciembre de 2007.
- Red Humanitaria (2009). Informe de resultados: valoración de inseguridad alimentaria y nutricional en los departamentos del corredor seco de Guatemala, Quiché e Izabal. Noviembre, 2009.



SEGEPLAN (2010). Tercer informe de avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. República de Guatemala, 2010.

SEGEPLAN (2011). Primer informe nacional sobre cooperación internacional para el desarrollo y eficacia de la ayuda en Guatemala años 2008-2010. Guatemala, noviembre de 2011.

SEGEPLAN & IARNA/URL. (2009). Análisis crítico de la evolución del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 7: Determinación de acciones y costos para su cumplimiento en Guatemala (Proyecto cuenta con ambiente). Guatemala: Secretaría de Planificación.

SEGEPLAN. Agenda del cambio. Plan de gobierno 2012-2016. Informe ejecutivo.
<http://www.segeplan.gob.gt/2.0/>

USAC (2010). Informe anual 2010. Monitoreo del aire de la ciudad de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

USAID (2008). Diálogo para la inversión social en Guatemala. Análisis de política N° 3. ¿Cómo se dirige el destino del sistema de salud en Guatemala? Disponible: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ539.pdf

USAC (2010). Encuesta nacional de salud mental, resumen ejecutivo. Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 2010.

Valles X. et al. High prevalence of human papillomavirus infection in the female population of Guatemala. *Int J Cancer*. 2009 Sep 1;125(5): 1161-7



PARTICIPANTES





Participantes en el proceso de formulación de la ECP

Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez
Ministro

Lic. William Edgardo Sandoval Pinto
Viceministro Administrativo

Ing. Manuel Gilberto Galván Estrada
Viceministro Técnico

Dr. Marco Vinicio Arévalo Veras
Viceministro de Hospitales

Dra. Tamara Betzabel Obispo Argueta
Viceministra de Atención Primaria en Salud

Grupos de consulta

Sistema de Naciones Unidas

Leonor Calderón	Oficina del Coordinador Residente
Carmen Aída González	Oficina del Coordinador Residente
Delbert H. Field, Jr.	OIM
José Enrique Zelaya	ONUSIDA
María Machicado	ONU Mujeres
Guy Gauvreau	PMA
Mauricio Ramírez	PNUD
Sr. Abelardo Quezada	PNUD
Sra. Claudia de Saravia	PNUD
Sra. Ana Luisa Rivas	UNFPA
Sr. Christian Skoog	UNICEF
Sra. Natalie Armstrong	VNU

Cooperación Internacional en Salud

Agustín de la Varga	AECID
Cándida Rabanales	Save the Children
Christina Laur	CIDA-Canadá
Rubén del Águila	USAID/Deliver
Miriam Castillo	USAID/Deliver
Guillermo Zea Flores	Global Health Partnership Initiative
Julio Lone	Visión Mundial
Marcela Lizana	Embajada de Suecia

Mariana Mansur	HIVOS
Rodrigo Vega	HIVOS
Stephany Sánchez	CDC
Pilar Sebastián	PASMO
Roberto Blanco Domínguez	Embajador de Cuba
Reinaldo Pons	Brigada Médica Cubana
Jorge Loza	UCI, MSPAS
Dyan Franco	UCI, MSPAS

Interculturalidad

Lourdes Xitumul	UASP II, MSPAS
Luis Manuel López Dávila	Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
María Teresa Mosquera	Instituto de Estudios Interétnicos, USAC
Vicente Gavidia	Medicus Mundi
Donato Camey	ISIS
Isabel Lobos	TulaSalud
Cecilia Garcés	IMSALUD
Marcela Pérez	UASP II-MSPAS
Antonio Colán	UASP II-MSPAS
Eduardo Sacayón	IDEI-USAC
Josefina Contreras	TulaSalud

Derechos humanos, género y salud

Cecilia Alfaro	UNEGEPE, Ministerio de Educación
Evelyn Morales	Organización de Mujeres Tierra Viva
Eyra Castillo	Unidad de Género, MSPAS
Fidel Arévalo	Instituto de Incidencia e Investigación Ciudadana
Ivone Solórzano	ISIS
Gabriela Tuch	Red Legal y su Observatorio de Derechos Humanos, VIH y PEMAR
María Leticia Pacheco	SEPREM
Patricia Pinto	CODEFEM
Ronald Solís	ODHAG
Lisette Aguilar	Procuraduría de los Derechos Humanos
Pablo Werner	COPREDEH
Ismael Gómez	CEGSS
María Lucrecia	IUMUSAC
Vicente Franco	IUMUSAC
Victoria Chanquín	GGM

**Universalización de los servicios**

Adrián Chávez	IPNUSAC
Bessie Orozco	DIGI-USAC
Eleonora Gaitán	FCCQQF-USAC
Elizabeth R. de Posadas	MSPAS
Juan Carlos Verdugo	Medicus Mundi Navarra
Luis Felipe Urías	IGSS
Miguel Garcés	IMSALUD
Nancy Urbizo	PNS-MSPAS
Karina Meléndez	CONEC
Jorge García	SIAS
Rodolfo Galdames	MSPAS
Samuel Cohen	PSB-MSPAS
Reinaldo Pons	Brigada Médica Cubana
Amalia Azmitia	Viceministerio de Hospitales
Adela del Carmen Orozco	Viceministerio de Hospitales
María C. Vallecillos	CONEC PEC
Sofía Beteta	CONADI
Claudia Estrada	CONADI
Aramis Orozco	Cooperativa El Recuerdo
Erwin Calgua	Facultad de Ciencias Médicas de la USAC
Enrique Rodríguez	GETSA
Carlos Roca	Salud Bucal
Ismael Gómez	CEGSS

Riesgos Ambientales

Andrea Flores	Coordinación Ejecutiva de la Presidencia
Augusto Silvestre	MSPAS
Ernesto Velásquez	Municipalidad de Guatemala
Estuardo Velásquez	Vicepresidencia de la República
Jorge Monroy	Cooperación Internacional Alemana
Luis de la Rosa	Ministerio de Comunicación, Infraestructura y Vivienda
Magda de Baldetti	Toxicología-USAC
María Antonia Pardo	Comisión de plagicidas, MSPAS
Martín Méndez	Salud y ambiente-MSPAS
Rubén Pérez	Asociación de Ingenieros Sanitarios de Guatemala
Manuel Ordóñez	Ministerio de Gobernación
Claudia de Gordillo	MSPAS
Ever Sánchez	MSPAS
Ana Lucía Galindo	Municipalidad de Guatemala
Juan José Velásquez	Municipalidad de Guatemala

Plan Hambre Cero/Ventana de los 1,000 días

Ana Castellanos	DRPAP-MSPAS
Bernarda Méndez	PNSR-MSPAS
Gustavo Batres Cerezo	Viceministerio de Hospitales
Héctor Fong	Comisión de salud reproductiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala
Iván Mendoza	SESAN
Jorge Lavarreda	CIEN
Lisette Barrera	PNI-MSPAS
Maggie Fischer	Proyecto FANTA
Manuel Mazariegos	INCAP
María Eugenia Sánchez	Escuela de Nutrición-USAC
Nicté Ramírez	FANCAP
Noel Solomons	CESSIAM
Pablo Pacheco	Viceministerio de Hospitales
Pedro Prado	ASIES
Roberto Zea	SESAN
Lucía Mendoza	PNSR-MSPAS
Tamara Obispo	SIAS
Cindy Morales	PROSAN-MSPAS
Carmen María Sánchez	INCAP
Ademir Vásquez	PROSAN-MSPAS
Sulma Bernal	SIAS

Investigación en Salud

Erwin Calgua	CICS-USAC
Guillermo Godínez	SENACYT
Hilda de Abril	Subcomisión de investigación USAC
Joel Sical	Maestría en salud pública USAC
Malvina de León	Unidad de investigación USAC
Mario Figueroa	Coordinación Interinstitucional MSPAS
Mayari de Cabrera	Coordinación de Educación e Investigación MSPAS
Carlos Cabrera	IGSS

Seguridad humana/Violencia social

Mercedes Ruiz	CNE-MSPAS
Miguel Ugalde	Dirección de investigación y postgrado URL
Víctor López	CIBP
Manuel Sagastume	CNE-MSPAS
Ángel Manzano	SIAS
Mario Avalos	ICCPG
Ana Lucía Galindo	Municipalidad de Guatemala



Juan José Velásquez Municipalidad de Guatemala
Mayda de León IEPADES
Ernesto Velásquez Municipalidad de Guatemala
Reina Turcios CDC

Riesgos en salud

Eduardo Palacios Programa nacional de enfermedades crónicas
Julio Lone Visión Mundial
Leticia Castillo Laboratorio nacional de salud
Mario Salazar USAC
Sonia Pellecer
Ángel Manzano SIAS
Karina Dardón CONRED

Recursos humanos en salud

Alicia Ruano MSPAS
Isabel Lobos TulaSalud
José Gramajo Facultad de Ciencias Médicas USAC
Jorge Luis Pérez Recursos Humanos MSPAS
Marina Méndez DECAP-MSPAS
Enma Judith Porras Escuela Nacional de Enfermería
Fredy Ardón Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Galileo
Edwin Mayén Proyecto Capacity
Almeda Aguilar PNSR-MSPAS
Rhina Orantes Viceministerio de Hospitales
Josefina Contreras TulaSalud
Mayarí de Cabrera MSPAS

La Misión

Guillermo Mendoza Analista de programa de país CFS/TC, Oficina Regional
Margareta Sköld Representante OPS/OMS en Jamaica
Hernán Montenegro Asesor HPW/HGS, Oficina Global
Carlos Santos-Burgoa Asesor SDE/ER, Oficina Regional
Enrique Pérez-Gutiérrez Asesor HSD/HI/PAN, Oficina Regional
Sandra Del Pino Especialista GDR/GD, Oficina Regional
Mart Leys Oficial técnico HPW/HGS, Oficina Global

OPS/OMS Guatemala

Guadalupe Verdejo Pivet Representante
Luis Roberto Escoto Salud Familiar y Comunitaria (SFC)
Sonia Quezada Bolaños Servicios y Sistemas de Salud (SSS)
Hans Salas Maronksy Prevención y Control de Enfermedades (PCE)
Juan Guillermo Orozco Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible (SAyDS)
Sergio Penagos Guzmán Unidad de Análisis y Planificación (UAP)
Conié Reynoso Recinos Comunicación social
Marco Reyes Diseño gráfico y diagramación
Erica Díaz Género
Valentina Torricelli Derechos humanos
Ana Cecilia Escobar Adolescentes, salud mental y adicciones
Ana Elena Chévez Inmunizaciones
Yohana Díaz Recursos humanos
Jaime Juárez Vectores
Rodolfo Barillas Redes integradas de servicios de salud
Juana M. de Rodríguez Medicamentos
Patricia Domínguez Nutrición
Homero Ramírez Discapacidades
Verónica Paredes Interculturalidad
Mayra Recinos Violencia social
Karen Wantland Desastres
Guillermo Hegel Espacios saludables
Daniel Frade Salud sexual y reproductiva
Greta Henning Apoyo
Gloria Mérida Apoyo
Laura Ochaeta Apoyo
Carmen Ruano Ferraté Apoyo
Shelly Audón Apoyo
Juan José Yumán Apoyo
Jacqueline Maldonado Apoyo



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud