

## 6. 保健医療分野における援助機関の動向

### 6-1 援助機関の動向

#### 6-1-1 パン・アメリカン保健機構 (Organización Panamericana de Salud:OPS)

パン・アメリカン保健機構 (OPS) は 1902 年に創立された組織で、後に後発の世界保健機関 (WHO) のグループの中に取り込まれた。WHO内での位置付けは、ラテンアメリカにおけるWHOの地方組織 (下部組織) というよりは、むしろ同等に近い関係となっており、この点で他のWHOの下部組織と異なっている。ラテンアメリカでは各国の保健分野に大きな影響力を持つ。グアテマラでもその力は非常に強く、OPSのグアテマラ代表は保健大臣と肩を並べるといわれるほどである。事実、現在進行中の保健省の組織改革や保健政策も、このOPSが中心となって推進しているといわれている。

OPSには政策レベルと実施レベルという2つのレベルがあり、政策レベルでは保健政策の作成と保健省への提案がグアテマラ・シティのOPS中央オフィスで行われる。これに対し実施レベルでは、アルタ・ベラパス県・キチェ県・ウェウエテナンゴ県に地方オフィスを設けて保健政策の実施に当たっている。

現在OPSは大きく①政策・保健サービス部門、②保健環境部門、③疾病予防・管理部門、④健康保全と保健推進部門、の4つの部門に分かれて政策レベル・実施レベルでの活動を実施している。それぞれの部門の責任者が月ごとに会議を持ち、問題点が討議され、必要な保健政策や活動の方向性などが決定される。

冒頭にも述べたように、OPSは保健省とのつながりが非常に強いため、その活動や政策が国家の保健政策に反映されやすく、また関連データの入手が容易であるという、OPSが援助協力を実施する上で極めて大きなメリットを持っている。

健康保全と保健推進部門では、現在、以下に述べる3つの活動を実施している。

- 1) 医療関係者 (医師、看護婦、準看護婦、村落保健技術員、産婆など) への研修
- 2) 保健サービスの強化 (医療機材・血液銀行の整備)
- 3) 情報システムの強化: ①周産期情報システム、②乳幼児情報システム、③青年情報システム

情報システムの強化については、1997年より試行される地域情報管理システム<sup>1)</sup> (Sistema de Informacion Gerencial Local:SIGLO) と協調する形で進められている。またOPSは政府の保健政策である「保健サービス統合計画」(S I A S) に、ウェウエテナンゴ県とキチェ県で実施組織として参加することも表明している。

1) この情報システムは保健政策の項で説明した「保健サービス統合システム」を構成する一部である。

## 6-1-2 中米・パナマ栄養研究所 (Instituto de Nutricion de Centroamerica y

Panama:INCAP)

中米・パナマ栄養研究所 (INCAP) は、中央アメリカ諸国及びパナマの栄養問題の解決のために、具体的には栄養科学の発展とその実践への適用、そして技術的な能力の強化を目的として 1949 年に創設された。この目的を実現するために、INCAP では①調査、②技術援助、③人材の形成と開発、④情報とコミュニケーション、の 4 つの領域で活動を行っている。

その名が示すように中央アメリカ諸国に事務所を持って活動を展開しているが、グアテマラの INCAP はその中心的な存在であるといえる。財政的には決まった資金源を持たず、活動ごとに財政支援源を探して活動を行っている。保健省、USAID、OPS などの資金を受けることが多い。政治的には OPS との結び付きが特に強い。INCAP の所長を始めトップメンバーの何人かは OPS から給料を得ているという事実からも関係の強さが窺われる。国家保健政策として実施されつつある「保健サービス統合計画」も OPS と連携しながら、実際には INCAP で作成されたものである。この際には作成にかかるコストの一部<sup>2)</sup>を USAID が支援している。

INCAP では保健政策作成だけにとどまらず、政策の実施も行っている。「保健サービス統合計画」では、ケツアルテナンゴ県、サン・マルコス県、トトニカパン県、ソロラ県において実施団体としての参加が決まっている。

## 6-1-3 米国国際開発庁 (US Agency for International Development:USAID)

米国国際開発庁 (USAID) は長年グアテマラの開発に多方面にわたって支援を行ってきた。保健分野でも同様で OPS や INCAP とともに保健省に対して影響力のある国際機関の 1 つに数えられる。活動は、保健省に対する政策支援・財政支援、援助実施機関としての地方活動の展開、関係組織 (NGO を含む) への資金援助などに分けられる。

USAID はこれまで第 1 次医療の改善に力を注いできており、1985 年からは予防接種・急性呼吸器感染症・栄養失調対策などの支援を行った。現在、中央レベルでは保健省や保健省母子保健局に対して、地方レベルではトトニカパン県、サン・マルコス県、ソロラ県、ケツアルテナンゴ県にそれぞれ 2 人のスタッフを配置して、PHC (Primary Health Care) 関連の技術的支援を実施している。

近年財政が緊縮している USAID は、数年前から活動を縮小する傾向がみられる。しかしながら「保健サービス統合計画」に対しては、既に活動が行われている上述の 4 県での参加を決定しており、今後も現在の活動をベースとしながら支援を続けていくものと思われる。更に今年度 (1997 年) からはチマルテナンゴ県への支援も予定されていることからわかるように、保健医療分野での支援には大きな力を注いでいる。

---

2) 地域情報管理システム (Sistema de Informacion Gerencial Local) は INCAP が USAID の支援を受けて作成されたものである。

## USAIDの現地活動

ケツアルテナンゴ県での活動は、産婆の教育というローカルな活動と、保健省の病院に対する援助という組織的（公的）な活動を融合させる形で実施してきた。このところその効果が現れてきたという。

USAIDでは、組織的な医療機関である病院に産婆を引き入れて分娩を実施するという方法を探っている。この方法により産婦が安心して病院での分娩に臨むことができるようになったという。

周知のとおり、グアテマラでは特に村落部での分娩は自宅で行われる割合が高い。言い換えると病院での分娩は普通ではないのである。自宅以外で分娩しなければならない場合、なじみの産婆が病院で分娩の介助してくれることは、「普通でない」場所で分娩に臨まなければならない産婦にとって、非常に望ましいことであると思われる。このような活動の結果、病院での乳児死亡率も減少しているという。

「現場の案内は引き受ける」というロペス氏 (Dr. Baudilio Lopez) からの申し出もあったので、国際協力事業団で母子保健関係の援助協力を考えるに当たっては、上記活動状況の見学の機会を作って現状を視察することは有意義なことであると思われる。

### 6-1-4 欧州連合 (Union Europea:EU)

欧州連合 (EU) は中央アメリカ諸国にそれぞれオフィスを持って活動している。活動プログラムは、年に1度6カ国の代表が集まって決定され、それぞれの国や地域の特徴に応じてプロジェクト活動地域用に手直しされた上、実施される。母子保健プロジェクトは上記6カ国で実施されている共通のプロジェクトである。

母子保健プロジェクトは「中央アメリカ地域のハイリスク・グループの母子保健の改善に貢献する」ことを主目標として始められた。このプログラムの対象となるのは、特に地理的に問題があり、保健サービスに恵まれない母子グループである。具体的な目的は

- 1) 対象の国々のリスクの高い住民に対する保健サービスへのアクセスの改善。
- 2) 5歳未満児・青年期・再生産年齢にある女性に対するケアの領域を広げる。
- 3) 第1次の紹介レベルに至るまでの保健サービスを強化する。
- 4) コミュニティレベルでの栄養と基本的な衛生に関する活動の推進。自己の健康を維持するという責任感を持たせる。
- 5) 中央・地域両レベルにおいて、保健省の計画の作成・実施・監督を支援する。

となっている。

EUの実施しているこの母子保健プロジェクトは、1986年に開始された「子供の生存プログラム」(1986~1992年)に引き続いて行われているプロジェクトである。1986年の開始当時は5歳未満の子供のみが活動の対象であったが、現在は対象を学童や青年期と再生産年齢の女性にまで活動を広げ

ている。その当時から数えると10年以上継続して活動を実施していることになるが、このプロジェクトも来年(1998年)12月に終了することになっている。グアテマラでは、ハラバ県、フティアバ県、サンタ・ロサ県、エル・プログレソ県で活動しており、この活動をベースとして今年度(1997年)から「保健サービス統合計画」に参加することになっている。

プロジェクト活動は予防、保健推進、保健教育などの活動や治療のレベルの改善など多岐にわたっているが、活動の中で特に強調されているのは以下の点である。

- 1) 母子保健で重要な下痢症、呼吸器感染症などへの対策。
- 2) 予防接種によって予防できる疾患への対策(予防接種の推進)。
- 3) 周産期保健。
- 4) リプロダクティブヘルスと性感染症への対策。
- 5) 栄養状況の改善、母乳の促進、食品の衛生、栄養教育など栄養改善に関する活動。
- 6) 衛生環境の改善促進。

#### 6-1-5 家族福祉協会<sup>3)</sup> (Asociacion Pro Bienestar de la Familia: APROFAM)

家族福祉協会(以下、APROFAM)は1964年に創設された非営利団体である。宗教的・政治的に中立的立場を守り、どのグループにも属さない。1969年からは国際家族計画連盟(Federacion Internacional de Planificacion Familiar)のメンバーとなっている。APROFAMの活動の目的は、すべてのカップルが自由にそして自己の意思によって子供を産む時期と子供の数を決定できる、人権の尊重された社会を作り上げることにある。その実現のために家族計画の情報の普及やサービスの提供を実施している。

APROFAMは医療サービス部・計画評価部・村落開発部・マーケティング部・財政管理部の5つの部門で構成されている。医療サービス部の活動の拠点として、グアテマラ・シティの事務所には診療所が併設されており、内科、耳鼻咽喉科、歯科、婦人科などの診療のみならず、更年期障害、乳ガン・子宮ガンの検査、周産期管理とケア、家族計画、不妊症の処置から寄生虫駆除まで、広範囲にわたる検査や治療を行っている。このほか13県に合計23の診療所を持っており、地方の保健医療サービスに貢献している。また、村落部での活動は村落開発部が担当しており、具体的にはソロラ県、ケツアルテナンゴ県そしてチマルテナンゴ県で活動を展開している。

地方での活動は、現地のオフィスにインディヘナのコーディネーターが勤務している。その下に5人の現地主任(フィールド・チーフ)がおり、その主任がそれぞれ10人の研修員を受け持っている。研修員はコミュニティのボランティアを1人当たり20人から30人担当して、最終的にはこのボランティアを通して活動が展開されるという。

APROFAMはグアテマラで32年の活動経験を持つが、現在でも特に家族計画の普及は、インディヘナ側の拒否が非常に強く困難であるという。そのため家族計画の普及活動は直接には展開できず、栄養改善や産婆の研修、村の女性に対する衣服作成の技術指導等の活動をしながら、少しずつコミュニティにとけ込む努力を重ねている。

3) Asociacion Pro Bienestar de la Familiaは日本語に翻訳するのは難しい。直訳すると「家族の幸福にとって有効な協会」ということになるが、ここでは便宜的に「家族福祉協会」と訳す。

## ジョイセフとAPROFAM

ジョイセフは1988年よりAPROFAMをカウンターパートとしてグアテマラで活動を行っている。ソロラ県のアティトゥラン湖の周辺の村落がジョイセフの活動地域になっている。今回の調査では面会をすることができなかったが、現地事情の把握に情報交換が重要であると思われる。

## 家族計画～USAID担当者のインタビューから～

家族計画についてはこの国には政治的・宗教的な問題があるという。USAIDの母子保健担当者であるバウディリオ・ロペス氏(Dr. Baudilio Lopez)は、その理由として、宗教的にカトリックが大部分を占めるグアテマラの現状を挙げた。政治的には人工的な避妊を政府が認めない(憲法で認めていない)という問題もある。

しかしながら、ラテンアメリカのほとんどの国が同様の宗教を持っていながら、家族計画の実施状況について、国々の間に大きな差異がみられる点を考えると、宗教的な問題という彼の説に素直に頷けなくなる。むしろ村落地域の男女の社会的環境に根差すものであると考えた方が理解しやすい。いずれにせよ家族計画はグアテマラにとって大きな社会問題であることから、今後詳しい調査が必要であろう。

ロペス氏によると、彼らが支援しているケツアルテナンゴ県の病院の支出の57%は、人工妊娠中絶に関わる処置によるものであるという。どうということかと聞いてみると、人工妊娠中絶の禁止されているこの国では不法な中絶手術が行われており、手術に失敗した患者が数多く病院に送られてくる。その処理に関わる支出が妊婦に関連する支出の57%を占めるというのである。その事実を挙げて、「家族計画の需要はあるが、それに対するサービスの供給ができない現状」をロペス氏は説明した。

USAIDはグアテマラ政府に対し、国として家族計画を認めるよう働きかけているという。JICAもこれに歩調を合わせてくれれば、あるいは政府を動かすこともできるのではないかと話していた。家族計画の問題は、政治的・宗教的のみならず文化的・社会的にもデリケートな部分が多く含まれていることから、慎重な対応が必要であることはいままでもない。

## 6-2 「保健サービス統合計画（S I A S）」と援助機関

### 6-2-1 保健サービス統合計画と援助機関の関係

グアテマラの保健政策として始められた「保健サービス統合計画」の詳細については、既に第4章第3節で触れた。この計画の目的は、現在基本的な保健医療サービスを受けられない人々にもサービスの領域を広げていくことにある。政策の実施に当たっては相当の予算が必要となるが、保健省にはこの政策実施に関わる予算をすべて賄うことはできないという見方が関係者の間では常識となっている。このため保健省は、国際機関や二国間援助機関、NGOにこの政策への実施機関としての参加を呼びかけている。

保健省の呼びかけには2つの意味がある。第1に、予算不足の現状をこれら援助機関の支援を得て打開し、国家政策としての同計画を実施する。第2に、これまでそれぞれ独自に活動していた援助機関の活動を、保健省の監督のもとに一定の方向性を持たせるという意味を持っている。これらが保健省側の思惑であり、上記の国際機関、国際援助機関、NGOは、それを知った上で計画への参加を表明しているものと思われる。

一方、「保健サービス統合計画」を実質的に作成したINCAPとOPS及び作成を資金面で援助したUSAIDには、保健省とは異なる思惑を持っていると思われる。これらの援助機関は「保健サービス統合計画」に参加して、計画を強力に支援しているというよりは、むしろ政策作成者としてこれらの援助機関自身を中心となり、政策を推進しているものと考えられる。その活動地域の広さ（図6-1を参照）を見てもわかるように、上述の援助機関は計画推進の中心的役割を担っている。その他の援助機関がこの保健政策に参加することによって、OPS・INCAP・USAIDグループは援助機関の中での主導権を獲得することが可能になるのである。

以上のような状況の中で、現在グアテマラでは「保健サービス統合計画」を通して保健医療分野における援助機関の網（ネットワーク）が構築されつつある。日本がグアテマラの保健医療分野で援助協力を始めるということは、保健省への協力という意味を持つだけでなく、同時に援助機関のネットワークの一翼を担うという意味をも合わせ持つことを、明確に認識しなければならない。

---

4) 保健省保健総局局長、副局長、INCAPデマン女史及びチェウ博士、USAIDロペス医師、OPSベルゴンソール医師、EUジャン・マリ医師とのインタビューの結果、保健省の予算では当該保健政策は実施できない、との見方が保健省を始め、有力な援助機関の一致した見解であることがわかった。

次に「保健サービス統合計画」に参加を表明している各援助機関の活動の場所を示しておく。本章の末尾には活動地域を、実施援助機関名とともに地図上に示しておいた。

表 6-1 「保健サービス統合計画」への参加援助機関と活動場所

援助機関名	活動実施場所
パン・アメリカン保健機構	アルタ・ベラパス県の5地区 キチェ県の4地区 トトニカパン県の2地区 サカテペケス県の2地区 チマルテナンゴ県の2地区 バハ・ベラパス県の2地区 (参加準備中) サカパ県 グアテマラ県
中米・パナマ栄養研究所 米国国際開発庁	ケツアルテナンゴ県 トトニカパン県 ソロラ県 サン・マルコス県
UNICEF	ハラバ県 キチェ県の4地区
GTZ	ウェウェテナンゴ県の1地区 キチェ県の4地区
米州開発銀行	エスクイントウラ県 アルタ・ベラパス県 チキムラ県
欧州連合	フティアパ県 ハラバ県 サンタ・ロサ県 エル・プログレソン県

## 6-2-2 保健サービス統合計画の実施上の問題点

良いこと尽くめにみえる「保健サービス統合計画」だが、実施に当たっては多くの問題点を抱えていると考えられる。そこで、最後に「保健サービス統合計画」の実施上の問題点を指摘しておきたい。

### (1) 保健省の保健促進員の配置

実施システムの中で地域保健医療の中心的な役割を果たすと考えられる「保健省の保健促進員」は現在配置されていない。当然この保健促進員がいなければシステムは機能しない。サービスの領域を拡大するためには相当数の保健促進員を投入しなければならないが、保健省にそれらの人員を配置するだけの予算が確保できるのだろうか。

### (2) 援助機関の不在地

既に述べたように、この計画は国際援助機関やNGOの参加が原則となっている。しかしグアテマラ国内のすべての地域でそれらの機関が活動しているわけではない。援助機関が活動していない地域の保健医療サービスの改善はどうやって実施するのだろうか。

### (3) 援助機関の活動期間

援助機関が永久にグアテマラで活動を続けていくという保証はどこにもない。援助機関の方針や予算の問題から将来、活動を中止する可能性も少なくはない。実施に当たっていた援助機関やNGOが引き上げることになったら、その後の保健医療サービスはどうなるのだろうか。

### (4) コミュニティのボランティアに対する報酬

実際に現場で活動を推進するのはコミュニティのボランティアたちである。こういった人々に全く見返りのない献身ベースの活動を求めるのは無理がある。もし金銭的な見返りは出さないつもりなら、どういった形でコミュニティのボランティアを支援し活動を推進していくつもりなのだろうか。

### (5) 現在の保健所・病院の許容量

実際にこの実施システムがうまく機能した場合、保健所や病院に紹介される患者数の急増が当然予想される。この場合、現在の保健所・病院の許容量では受け入れ切れなくなるのは明白である。この点をどう対処していくつもりなのだろうか。

---

5) INCAPのチェウ医師とのインタビューで、「保健省からコミュニティのボランティアに対する現金の支給は全く考えていない」との回答を得ている。



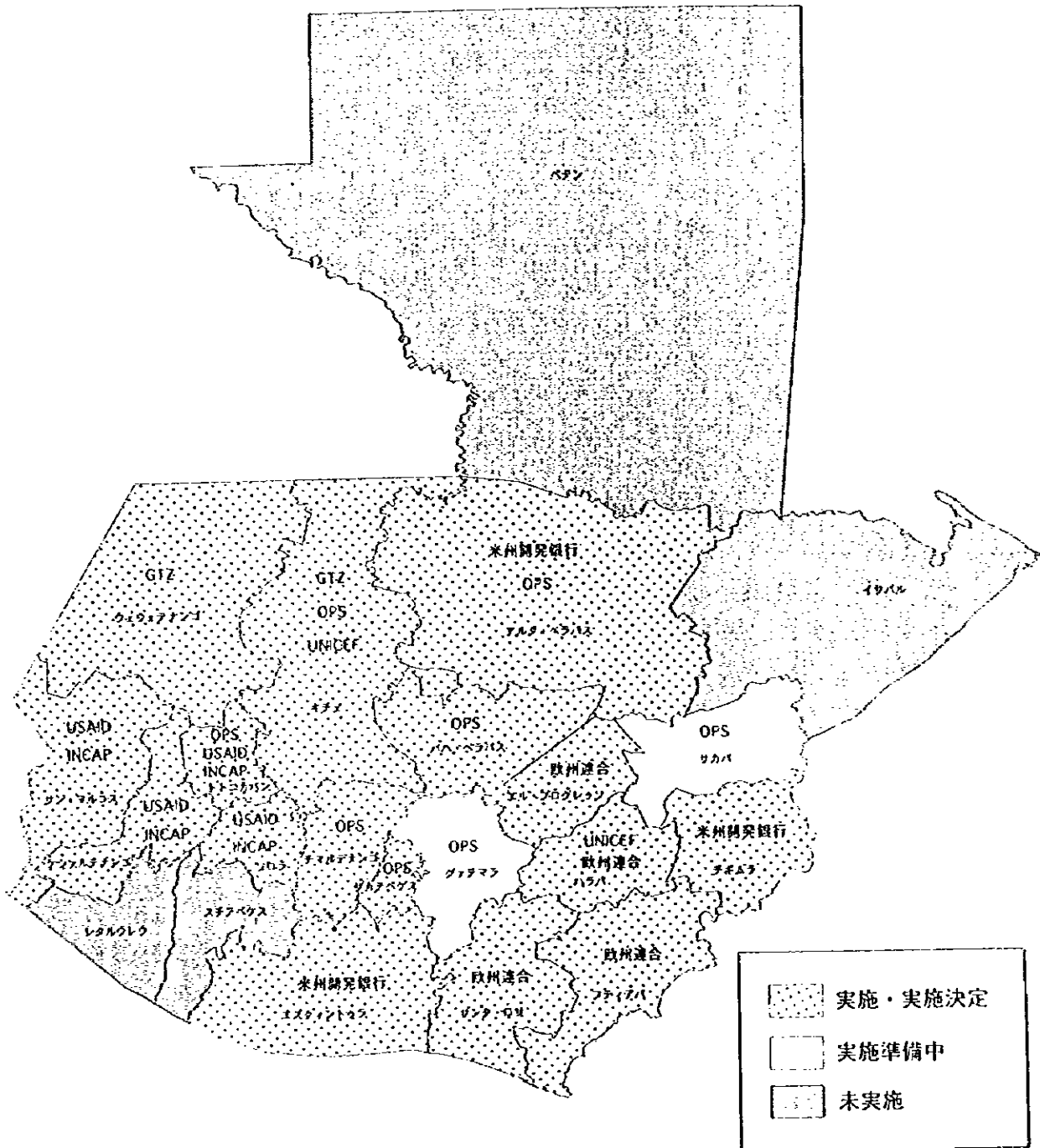


図6-1 「保健サービス統合システム」における各援助機関の担当県

## 7. 総括

### 7-1 引き続き調査すべき項目

保健省でかなり大幅な組織改革が行われていることは既に述べた。状況はかなり流動的で、今後どのように改革が進んでいくのかを予想するのは難しい。また地域保健分野での政策には多くの国際機関やNGOが関わっており、実際の活動も同様に種々の機関によって各地で実施されている。更に地方の現状を把握するためのデータが決定的に不足している。効果的なプロジェクトを形成していくために、以下の項目を引き続き調査していく必要があると考える。

- 1) 組織改革により流動的になっている保健省の組織構造の把握。
- 2) 援助の効果の継続性を高めるための基盤としての保健政策の的確な把握。具体的には、現在数種類ある保健政策と「保健サービス統合計画」の関係の把握が重要。
- 3) 保健所内の関連部署との恒常的なコンタクト、担当者との関係の構築と情報交換。
- 4) 公衆衛生や母子保健、地域医療、そして「保健サービス統合計画」に関わっている国際機関・NGOとのコンタクトと担当者との関係の構築や情報交換。
- 5) 候補地策定及び現地の現状把握を目的とした小規模な社会調査の実施。
- 6) 今回の調査で十分に調査することができなかった保健支所の状況、保健支所に勤務する準看護婦の医療活動の範囲（どこまでの医療行為を認められているのか）と技術レベル、準看護婦の教育の内容等の把握。
- 7) 産婆の研修内容、産婆の技術レベル、使用機材の把握。

### 7-2 保健医療分野での援助協力のあり方

#### (1) 地域保健という視点での協力、並びに医療と保健の連携

都市部と比較して、保健医療の状況が格段に悪いと考えられる村落部の保健医療レベルの向上を目的とした地域保健分野での協力が望まれる。既に述べたように、地方では将来医療関係者の増員を望むのは困難な状況にある。また治療機材・薬品の大幅な改善も望めないことから、予防衛生の推進に大きな期待が寄せられる。地方においては限りのある地方医療施設の医療能力と予防をリンクさせることによって、地域保健の改善を目指したい。地域保健の推進は地域レベルの医療機関の信頼の回復を促し、同時に2次・3次医療機関における医療レベルの向上に寄与することになる。

#### (2) 母子保健の推進

グアテマラは中米諸国の中でも女性と子供の保健環境が最も悪い国の1つであるといえる。上に記した地域保健の中で、特にこの女性と子供の保健環境の改善、すなわち母子保健の改善に注目すべきである。村落部の母子保健の状況は極めて悪い。したがって村落部の母子保健の状況の改善・推進が望まれる。

### (3) 効果普及型のプロジェクト

グアテマラにおいては、村落部のほとんどが保健医療分野に問題のある地域であるといっても過言ではない。援助が最も望まれている地域を慎重に検討した上でモデル地域を策定し、その中でパイロット地域を設定して援助活動を実施する形が望ましい。援助活動の効果がパイロット地域にとどまらず、モデル地域内へ普及されることによって、援助の効果が更に多くの人々にいきわたるように考慮すべきであろう。そのためにはパイロット地域において、他の地域への展開を十分に考慮した活動が実施されなければならない。

### (4) 住民参加型プロジェクト

与える形の援助は住民の依存性を高めることが多く、長期的にみた場合、負の効果を創り出すことになりかねない。援助の効果やその継続性を考えると、住民が保健医療分野の問題を住民自身で考え解決できるよう側面的な支援を行うことが望ましい。支援に当たっては住民が開発の主役であることを援助供与者並びに援助を受ける住民がはっきりと認識することが大切である。その上で住民組織の発展を側面から支援する方向で活動を進めるべきであろう。

### (5) 地域レベルの情報システムの整備と収集情報の迅速なフィードバック

グアテマラにおける保健医療関連の統計データの信頼性の低さは、地方部で効率的な情報収集システムが整備されていないことに由来する。地域レベルの情報システムの整備は、現状の把握やプロジェクト内でのモニタリング及び評価、並びに情報のフィードバックによるプロジェクト活動の改善に役立つのみならず、正確な状況を表すデータを中央に送ることによって適切な保健政策の実施を可能にする。こういった意味で情報収集システムの整備は根元的なものであり、プロジェクトの重要な要素となろう。

### (6) 過去の JICA 研究プロジェクトの効果の普及

研究プロジェクトの成果を地域の保健医療の中を含め、保健医療レベルの向上に活用していくことで 20 年にわたる研究の成果を住民の便益に還元していく。

### 7-3 結語

グアテマラは中央政府と反政府組織との和平の成立によって国家理念や行政システムの変革再編が図られつつある。保健医療サービス面でも、まだ理念的・観念論的議論が多く明確なビジョンを欠いている。しかし、医療と保健の連携による包括的保健（Comprehensive Health Care）やPHCの導入、地域社会一特にインディヘナ地域社会の重視、国際的・国内的な非政府組織（NGO）との協力関係の強化などが基本の方針として進められている。

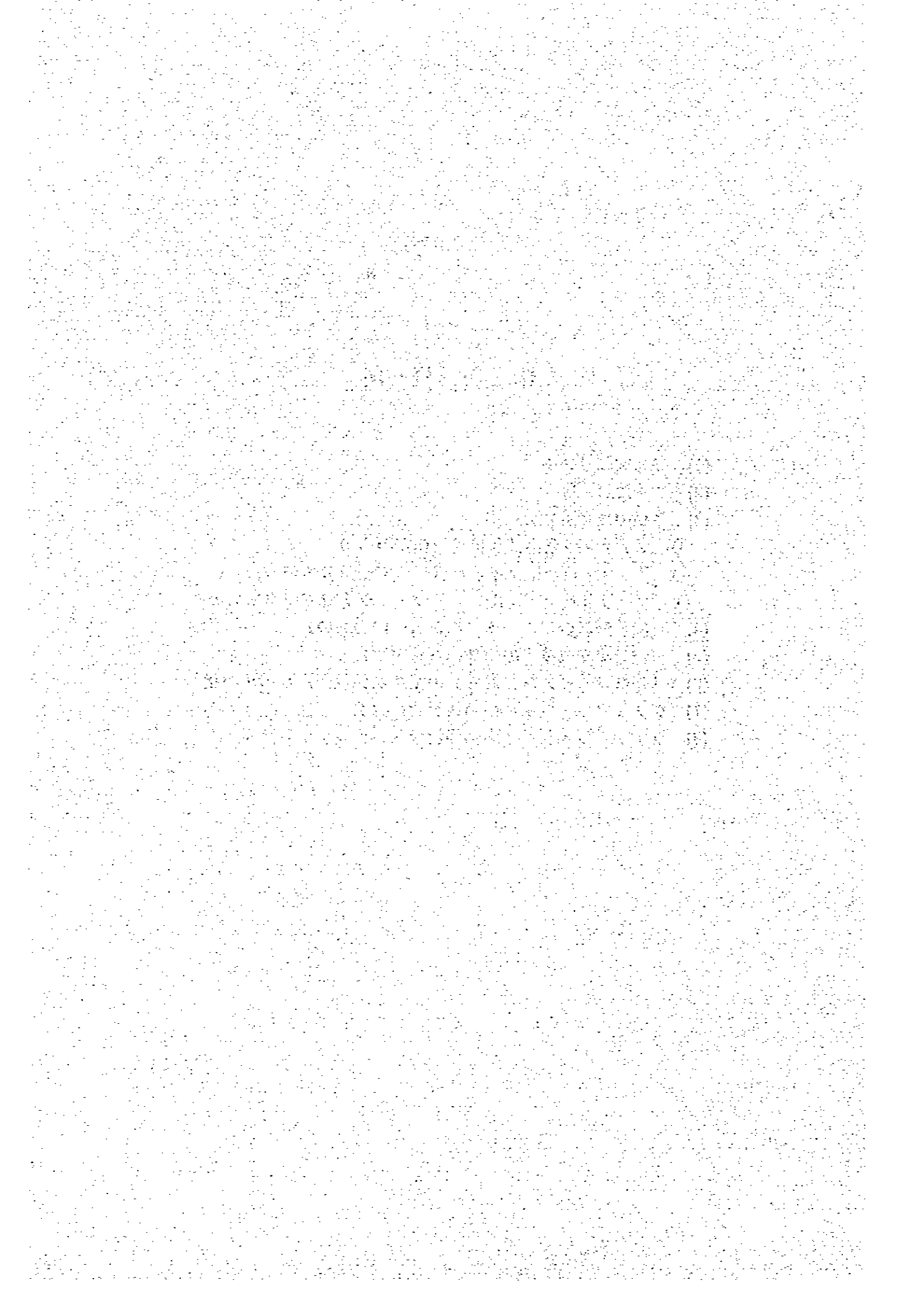
しかし、それらの基本理念が中央政府の保健医療施策として確立していくまでにはまだ、かなりの時間が必要であろう。むしろ、地域医療や医療情報システムについて前向きな取り組みをしている地方の組織や団体に注目すべきであろう。これまで、グアテマラへの保健医療政策や地域保健計画プロジェクトへの援助経験の少ない日本からの国際協力のプロジェクトは、現時点においては中央政府と連携を保ちつつも、地域社会を対象として実施した方がより有効と考えられる。同国が複数の人種の構成であり、同一人種にも多数の言語グループが存在していること、地理的にも海岸地域と山岳地帯など地域的多様が大きいことも地域社会でのプロジェクトが重要であることを示している。

グアテマラの地域社会の抱えている急激な人口増加、高い乳児死亡率と高い妊婦死亡率といった健康問題は医療保健サービスの水準のみでなく家族計画、栄養、衛生的な水の供給・廃棄物の処理といった生活全般の状況と関わっている。また、これらの状況の改善は食物生産と生計経済、家族と子女の教育など地域社会のあり方とも大きな関連を持っている。したがって、同国における健康の向上を考える際に医療保健サービスの充実とともに地域社会や個々の世帯における生活の改善・向上が不可欠である。

西欧社会に比べれば、日本は驚くほど短い年月の間に奇蹟といわれる人口転換を成し遂げ、世界で最も長い寿命と有数の低乳児死亡率の国になった。こうした健康水準の向上には医療水準の向上や個々の疾病対策だけでなく、経済発展と生活環境の改善、生活様式の変化が大きく寄与してきたことはいままでもない。こうした日本の経験からみても、開発途上地域の住民への保健医療面の技術協力が医療保健サービスのみでなく、地域の社会開発や生活水準向上に対する活動を含んで展開されなくてはならないといえよう。

## 附 属 資 料

- (1) 参考文献リスト
- (2) 収集資料一覧
- (3) 子供の発育管理カード
  - ① グアテマラ県南部保健局で使用のもの
  - ② サンタ・ロサ県クイラバ保健所で使用のもの
  - ③ ソロラ県サン・マルコス・ラ・ラグナ村で使用のもの
- (4) 月間診療報告フォーム（保健省使用のもの）
- (5) 保健省組織改革後の組織図（暫定案）
- (6) 「保健サービス統合計画」の第1次保健医療レベルの指針
- (7) グアテマラ・シティ南部保健管区概況
- (8) グアテマラ・シティ南部保健管区プロジェクト概要



## (1) 参考文献リスト

参考文献リスト（邦書はあいうえお順、洋書はabc順）

### <一般>

World Development Report 1990, The World Bank, Oxford University Press, 1990.

「グアテマラ共和国概観」、在グアテマラ日本国大使館編、1996年

「ラテンアメリカ辞典」、ラテンアメリカ協会、1977年

「ラテンアメリカの巨大都市：第3世界の現代文明」、細野昭雄他、二宮書店、1994年

「ラテンアメリカを知る辞典」、平凡社、1987年

「冷戦後の中米--紛争から和平へ」石井 章編、アジア経済研究所、1996年

### <政策関連>

Acuerdos de Paz, Universidad Rafael Landívar, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, 1997. (和平合意)

Desarrollo Social y Construcción de la Paz: Plan de Acción 1996-2000, Secretaría General de Planificación, 1996. (政府の発表した社会開発5カ年計画)

Manual de Normas de Referencia de Pacientes Materno Infantil y Atención General a Nivel Nacional, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, División de Atención a las Personas, Departamento de Servicios Asistenciales/Departamento de Materno-Infantil y Familias, 1987. (母子保健に関するリファレンスマニュアル)

Programa del Gobierno de la República 1996-2000: Juntos tenemos la oportunidad de transformar Guatemala, Secretaría General de Planificación, 1996. (政府プログラム5カ年計画)

Programa de Paz: La Oportunidad para Guatemala (Informe a la Reunión del Grupo Consultivo. Vol. I), Secretaría General de Planificación, 1997. (グアテマラ政府のまとめた和平プログラム、)

Programa de Paz: La Oportunidad para Guatemala (Inventario Preliminar de Proyecto), Secretaría General de Planificación, 1997. (和平プログラムの活動経費の見積もり)

Red de Establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Unidad Informática, 1995.

Sistema Integral de Atención en Salud Lineamientos para el Nivel Primario de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1997. (「保健サービス統合計画」の概要)

Servicios Básicos de Salud Sistema Integral de Atención en Salud Normas para el Primer Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1997. (「保健サービス統合計画」の第一次ケアの基準)

### <統計資料>

Assessment of Poverty: Guatemala, World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, 1995. (グアテマラの貧困評価報告書)

Boletín Nacional Epidemiológico: Sistema Coordinado de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social,

- Dirección General de Servicios de Salud, División de Vigilancia y Control de Enfermedades, 1996.
- Encuesta Nacional Socio-Demográfica 1989, Instituto Nacional Estadística, 1990. (1997-88年にかけて行われた国勢調査の報告書)
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995, Instituto Nacional Estadística, 1996. (母子保健アンケート調査報告書)
- Estadísticas Vitales 1986-90: Nacimientos, Instituto Nacional Estadística, 1993. (生命統計、出生編)
- Estadísticas Vitales 1986-90: Defunciones Generales, Instituto Nacional Estadística, 1993. (生命統計、死亡編)
- Estadísticas Vitales 1986-90: Matrimonios y Divorcios, Instituto Nacional Estadística, 1993. (生命統計、結婚と離婚編)
- Estado Mundial de la Infancia 1997, UNICEF, 1997. (世界の子供統計)
- Estimaciones de Población Urbana y Rural por Departamento y Municipio 1990-95, Instituto Nacional Estadístico, 1991. (県別・地区別都市-村落推定人口)
- La Vejez en Guatemala: un estudio demográfico, Jorge Arias de Blois, Universidad del Valle de Guatemala, 1992. (グアテマラの老人状況)
- Mujeres Latinoamericanas en Cifras: Guatemala, Teresa Valdes and Enrique Gomaniz(ed), Instituto de Mujer, Ministerio de Asuntos sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 1992. (ラテン・アメリカの女性統計)
- Necesidades Básicas Insatisfechas: Censo 1981, Instituto Nacional Estadístico, 1991. (基本的ニーズの不足状況、1981年の国勢調査の結果から)
- Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 1996, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (WHO), 1996.
- X Censo Nacional de Población y V de Habitación: República de Guatemala, Instituto Nacional de Estadística (INE), 1996. (1994年の国勢調査の報告書)
- 「国民衛生の動向」、厚生統計協会、1996年



## (2) 収集資料一覧

### 収集資料

#### <政策関連資料>

1. Acuerdos de Paz. Universidad Rafael Landívar, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, 1997.  
→1986年5月に始まったグアテマラ政府と反政府ゲリラ (URNG : Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca) の和平に関するすべての会議の記録。和平合意に至るすべての会議声明が掲載されている。もちろんこの中に和平合意も含まれる。)
2. Desarrollo Social y Construcción de la Paz : Plan de Acción 1996-2000. Secretaría General de Planificación, 1996.  
→政府の発表した社会開発分野の5カ年計画。政府プログラム5カ年計画と和平合意を基にして形づくられたものである。簡単なグアテマラの社会状況の説明から始まり、政府の組織的支援領域、計画の指針、開発の優先領域などが示されている。
3. Manual de Normas de Referencia de Pacientes Materno Infantil y Atención General a Nivel Nacional. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, División de Atención a las Personas, Departamento de Servicios Asistenciales/ Departamento de Materno-Infantil y Familias, 1987.  
→1987年に保健省が行った紹介システム (リファール・システム、またはレファラル・システムとも呼ばれる) の強化に際して、保健省母子保健局が中心となって定めたレベルごとの医療機関の母子保健及び一般保健に関するリファレンスマニュアル。レベルごとの保健医療機関の役割と、保健医療の一般基準・個別基準が記述されている。
4. Programa del Gobierno del la República 1996-2000: Juntos tenemos la oportunidad de transformar Guatemala. Secretaría General de Planificación, 1996.  
→現在の大統領 (Alvaro Arzú Irigoyen) が政権に就くに当たって発表した政府プログラムの5カ年計画。現政権が大目標としている「総合的・持続的で安定した発展」の実現のための政府の基本スキーム、及び政府公約とその詳細が記述されている。
5. Programa de Paz: La Oportunidad para Guatemala (Informe a la Reunión del Grupo Consultivo. Vol.1), Secretaría General de Planificación, 1997.  
→グアテマラ政府のまとめた和平プログラム。和平合意に基づいて作成された。プログラムの中にはプログラムの重要性、和平合意との関係、プログラム実施にかかる費用、政府プログラムとの関連性などが述べられている。

6. Programa de Paz: La Oportunidad para Guatemala (Inventario Preliminar de Proyecto), Secretaría General de Planificación, 1997.  
 →和平プログラムの活動経費の見積もり。実際に計画されている個々の活動経費の見積もりを推定し記載している。援助機関や関係諸国に対する和平プログラムへの支援要請のためにつくられたもの。
7. Red de Establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ; Unidad Informática, 1995.  
 →保健省管轄の医療機関の紹介システムを、27の保健行政区ごとに地図と医療機関のリストで示したもの。一般情報と地域情報の2つの部分で構成されており、前者には病院数・保健所数・保健支所数・病床数などが、保健行政区別にリストアップされている。後者では各保健行政区ごとの医療機関の地域配置と医療機関間のつながりが示されている。
8. Sistema Integral de Atención en Salud : Lineamientos para el Nivel Primario de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1997.  
 →現時点のグアテマラの保健政策である「保健サービス統合計画」の概要が記載されている。計画の目的、第1次医療レベルの説明・個別目的・構成要素、及び実施方法などが記述されている。
9. Sistema Integral de Atención en Salud : Normas para el I Nivel de Atención, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1997.  
 →「保健サービス統合計画」の第1次医療レベルにおける活動基準。母体に対するケア・子供に対するケア・一般ケアの3つの部分から構成されており、それぞれについてかなり細かい規定が示されている。

<統計データ資料>

1. Boletín Nacional Epidemiológico : Sistema Coordinado de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, División de Vigilancia y Control de Enfermedades, 1996.  
 →保健省の保健サービス総局内にある疾病監視・管理分局が発行している保健医療統計広報。この号ではグアテマラの人口・死亡・罹患等のデータが整理されており、おおよその概要をつかむためには役に立つ。

2. Boletín Nacional Epidemiológico ; Boletín No.14, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Servicios de Salud, División de Vigilancia y Control de Enfermedades, 1997.  
→同上。通常はこの程度（約30ページ）の小冊子である。この14号では保健省の中軸となる政策が冒頭で簡単に説明されている。その他労働災害としてのアンモニア中毒、1996年の予防接種のカバー領域、流産の合併症についての研究、狂犬病、エイズなどの情報が掲載されている。
3. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995, Instituto Nacional Estadística, 1996.  
→1995年6月から12月にかけて実施された母子保健に関するアンケート調査の結果をまとめた報告書である。1万2,000以上の調査票を用いた面接調査は、母子保健領域の調査としてはグアテマラで最も規模が大きい。構成は人口動態と一般特性、母子保健、乳幼児死亡、母乳と栄養、妊産婦死亡、生殖力、家族計画、妊産婦リスクなどからなっている。未だに保健省から公式には認定されていないが、この領域では最も信頼できる統計データの1つである。
4. Noti-SIS 5 ; Boletín Informativo del Sistema de Indicadores Sociales, Instituto Nacional de Estadística, 1996.  
→グアテマラ統計局が定期的に発行していると思われる小冊子。人口指標、公共支出の割合、雇用・保障、保健指標、教育指標、住居環境などが、最小限の統計データで表されている。一般概況の把握のためには便利な小冊子である。
5. Situación de Salud en las Américas ; Indicadores Básicos 1996, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (WHO), 1996.  
→パンアメリカン保健機構が発行している基礎指標。アメリカ大陸とカリブ諸国・地域の全48データが掲載されている。人口指標・社会経済指標・死亡/罹患指標などの他、ラテンアメリカ、中央アメリカ、カリブ、南米などの地域別の主な統計もあり、基礎資料として有用である。掲載されている指標は合計53あり、アメリカ大陸諸国間での比較が容易にできる。
6. X Censo Nacional de Población y V de Habitación ; Republica de Guatemala, Característica Generales de Población y Habitación, Instituto Nacional de Estadística (INE), 1996.  
(1994年の国勢調査の報告書)  
→1994年4月に実施された国勢調査のデータを基にして作成された調査報告書。冒頭に人口の特徴の説明がデータとともに記載されている。次に一般的な特徴を示すデータが続き、教育関連・経済関連・住居関連の統計データがその後に記載されている。グアテマラの国勢調査データとしては最も新しいものである。基本資料の1つとして重要。

<その他>

1. Escuelas Centinela Micronutrientes 1995, Ministerio de Educación, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1996.  
→ユニセフが展開した栄養改善プログラムの簡単な報告書。実施の目的や実施方法、そして活動の結果が栄養摂取の観点から分析されている。
2. Estudio Perinatal de Guatemala, Centro de Investigaciones Epidemiológica en Salud Reproductiva y Familiar, 1994.  
→リプロダクティブ・ヘルス疫学研究所がパンアメリカン保健機構（OPS）の資金援助を受けて実施した周産期研究の報告書。グアテマラでは未熟児・低体重児の割合が多く問題となっているが、この問題を色々な視点（周産期における罹患・疫学・労働・胎児の成長など）から分析した結果がこの報告書にまとめられている。
3. Health Programme for Guatemala : Child Attention to Indigenous People, UNICEF, 1997.  
→ユニセフの1997年度の活動プログラムの1つ。特にインディヘナの死亡と栄養問題の低下を目的としているプログラム。母子のケア領域の強化、下痢症や急性呼吸器感染症の管理、予防接種の管理強化、新生児ケアの実施、子供の栄養管理、地方での情報システムの開発への寄与などが具体的な目的として掲げられている。
4. La Vigilancia Epidemiológica para la medición de la Mortalidad Infantil, Región Metropolitana de Guatemala Año 1993, Centro de Investigaciones Epidemiológica en Salud Reproductiva y Familiar, 1993.  
→リプロダクティブ・ヘルス疫学研究所が1993年に実施した研究の報告書。グアテマラ県の17地区における低体重児の調査研究である。低体重児の発生を、乳児死亡の疫学的監視システムによって収集されたデータを基にして、死亡した乳児の体重や死亡原因だけでなく、母親の民族や年齢、発生地域なども加味して低体重児の問題を研究したもの。
5. Los Datos a la Acción Comité de Mortalidad Materna : Experiencia Centroamericana, Subcomité Técnico Nacional de Prevención de la Muerte Materna, 1996.  
→リプロダクティブ・ヘルス疫学研究所が中心となってまとめた、妊娠に関する母体の死亡についての研究報告書。首都圏での事例を検証している。グアテマラの妊産婦死亡率が米国やコスタリカなどに比べて極端に悪い現状を示し、その状況を分析している。その上でこれらの母体の死亡が適切な医療サービスを受けられないことに起因していると指摘している。
6. Informe Anual 1995, Instituto de Nutrición de Centro-america y Panamá (INCAP)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1995.  
→中米・パナマ栄養研究所の1995年の年次活動報告書。同研究所が1995年中に実施した活動を、科学技術分野・技術移転分野・戦略計画分野などの領域に分けて報告している。

7. Programa Servicios Básicos Integrados Plan de Operaciones 1997-2001, Gobierno de Guatemala / UNICEF, 1997.

→ユニセフの5カ年計画。この計画は入手した時点（1997年4月）では、認可の審査中であった。ユニセフは1955年からグアテマラで活動を実施しているが、この計画は全5カ年計画を引き継いで行われるものであり、特に村落部やスラム地域の母子環境の改善が計画の大目的となっている。具体的な活動目標としては、母乳・栄養強化食品の摂取、自己管理や発育管理などの推進を通して、母子の保健を総合的に改善することが述べられている。その他学校教育の推進や水道・衛生環境の整備、研修による人資源の強化なども活動目標となっている。

(3) 子供の発育管理カード

① グアテマラ県南部保健局で使用のもの

## CARNET

**CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO**

No. DE REGISTRO CLINICO    -

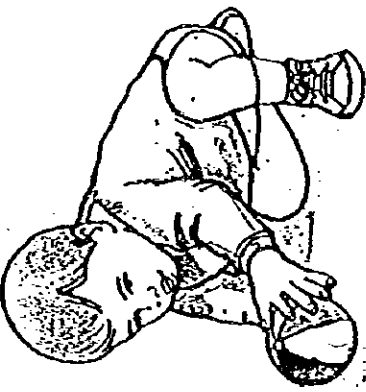
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

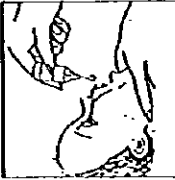


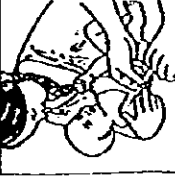
SERVICIO DE SALUD: \_\_\_\_\_












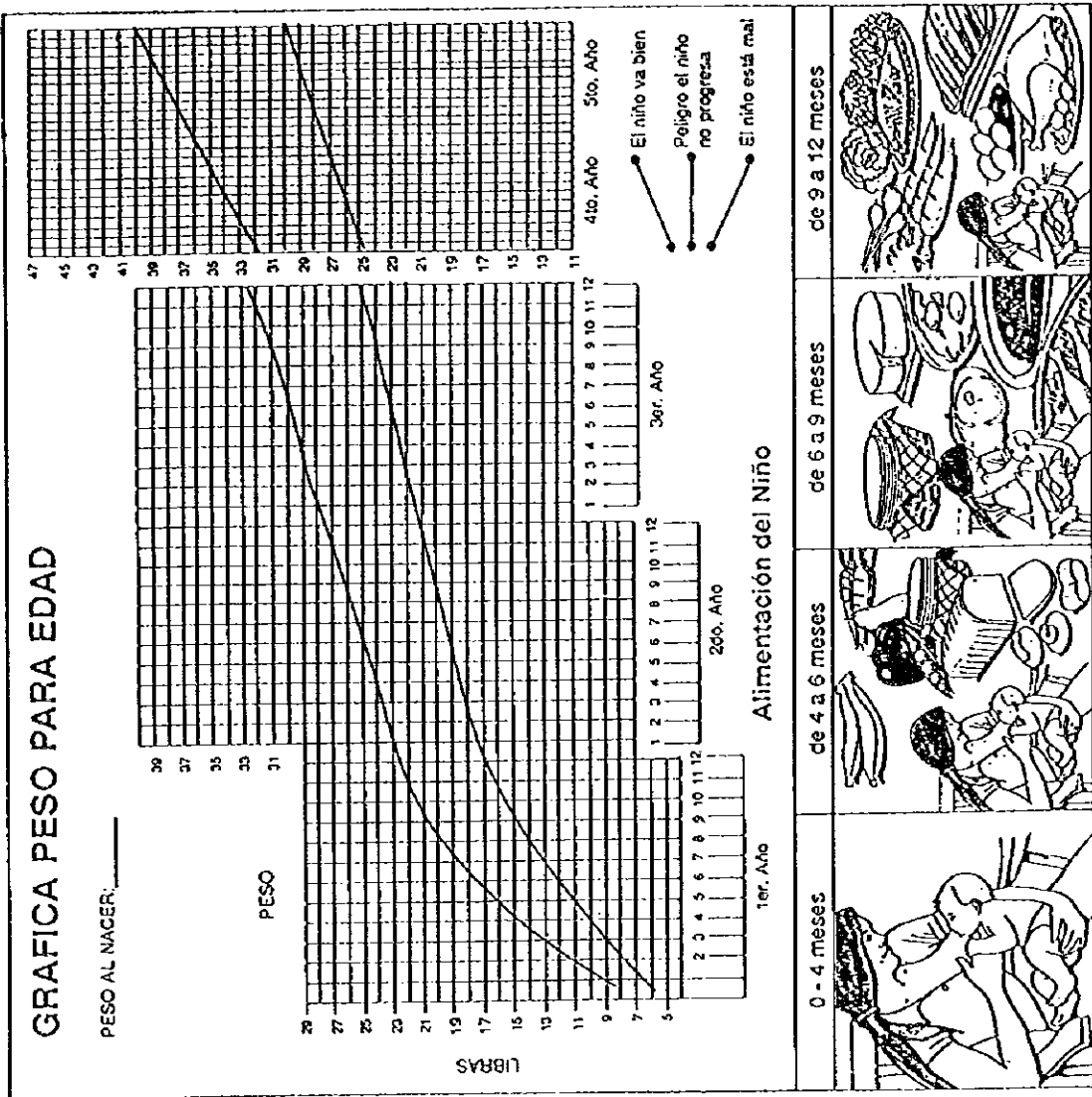
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
 REPUBLICA DE GUATEMALA, C.A.  
 DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD  
 DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

FECHA	EDAD	PESO	PROXIMA CITA

## VACUNAS

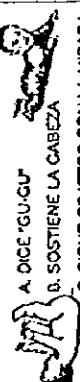
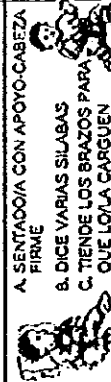
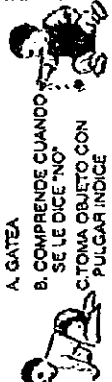
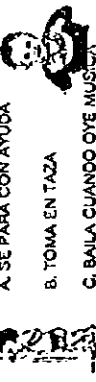
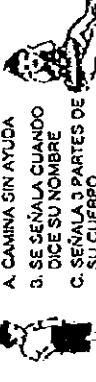
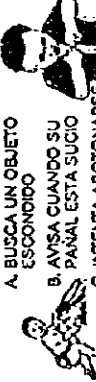
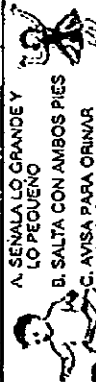
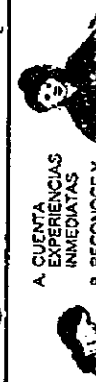
	FECHA	EDAD
<b>POLIOMIELITIS</b> 	RECEN NACIDO	
	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	
	OTRA	
<b>TRIPLE O DPT</b> (Difteria, Tétanos y Tos Ferina) 	PRIMERA	
	SEGUNDA	
	TERCERA	
	OTRA	
<b>SARAMPION</b> 	UNICA	
<b>TUBERCULOSIS BCG</b> 	RECEN NACIDO	
	ESCOLAR	

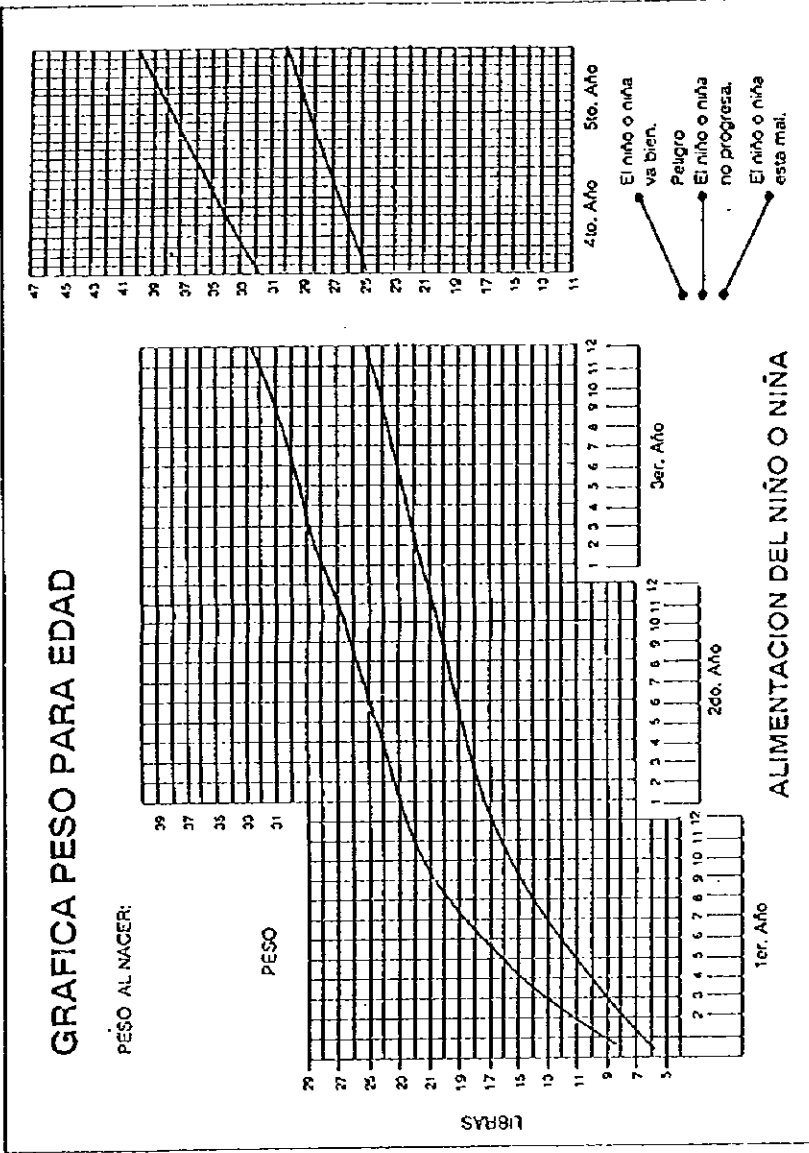
MESSES	INDICADORES DE DESARROLLO DEL NIÑO	
0 A 3		EDVO A. _____ B. _____ C. _____
3 A 6		A. DICE "GU-GU" B. SOSTIENE LA CADEZA C. SIGUE OBJETOS CON LA MIRADA
6 A 9		A. SEÑALADO CON APOYO-CABEZA FIRME B. DICE VARIAS SILABAS C. TIENDE BRAZOS PARA QUE LO CARGUEN
9 A 12		A. GATEA B. COMPRENDE CUANDO SE LE DICE "NO" C. TOMA OBJETO CON PULGAR INDICE
12 A 18		A. SE PARA CON AYUDA B. TOMA EN TAZA C. DAILA CUANDO OYE MUSICA
18 A 24		A. CAMINA SOLO B. SE SEÑALA CUANDO DICE SU NOMBRE C. SEÑALA 3 PARTES DE SU CUERPO
24 A 30		A. BUSCA UN OBJETO ESCONDIDO. B. AVISA CUANDO SU PANAL ESTA SUCIO C. INTENTA ABOTONARSE
30 A 36		A. SE NALA LO GRANDE Y LO PEQUENO B. SALTA CON AMBOS PIES C. AVISA PARA ORINAR Y DEFECAR
36 A 48		A. CUENTA EXPERIENCIAS INMEDIATAS B. RECONOCE Y NOMBRA UN COLOR C. SE PARA CON UN PIE POR UNOS SEGUNDOS






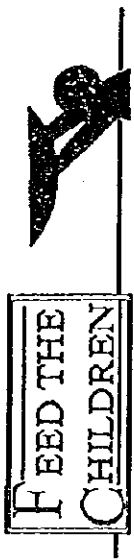




INDICADORES DE DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA	
0 a 3 MESSES	 <p>A. DICE "GU-GU" B. SOSTIENE LA CABEZA C. SIGUE OBJETOS CON LA MIRADA</p>
3 a 6 MESSES	 <p>A. SENTADOOJA CON APOYO-CABEZA FIRME B. DICE VARIAS SILABAS C. TIENDE LOS BRAZOS PARA QUE LO/LA CARGUEN</p>
6 a 9 MESSES	 <p>A. GATEA B. COMPRENDE CUANDO SE LE DICE "NO" C. TOMA OBJETO CON PULGAR INDICE</p>
9 a 12 MESSES	 <p>A. SE PARA CON AYUDA B. TOMA EN TAZA C. BAILA CUANDO OYE MÚSICA</p>
12 a 18 MESSES	 <p>A. CAMINA SIN AYUDA B. SE SEÑALA CUANDO DICE SU NOMBRE C. SEÑALA 3 PARTES DE SU CUERPO</p>
18 a 24 MESSES	 <p>A. BUSCA UN OBJETO ESCONDIDO B. AVISA CUANDO SU PAÑAL ESTA SUCIO C. INTENTA ABOTONARSE</p>
24 a 30 MESSES	 <p>A. SEÑALA LO GRANDE Y LO PEQUEÑO B. SALTA CON AMBOS PIES C. AVISA PARA ORINAR Y DEFECAR</p>
30 a 36 MESSES	 <p>A. CUENTA EXPERIENCIAS INMEDIATAS B. RECONOCE Y NOMBRA UN COLOR C. SE PARA CON UN PIE POR UNOS SEGUNDOS</p>



0 - 6 meses	6 - 9 meses	9 - 12 meses
		
LACTANCIA EXCLUSIVA		ALIMENTACION COMPLEMENTARIA



FEED THE CHILDREN GUATEMALA

PROYECTO DE ALIMENTACION Y NUTRICION



APOYADO POR

PROGRAMA DE MONITOREO Y VIGILANCIA NUTRICIONAL

RECOMENDACIONES DADAS A MADRES DE NIÑOS QUE NO MEJORAN SU ESTADO NUTRICIONAL

RECOMENDACIONES	FECHA

VACUNAS QUE HAN SIDO ADMINISTRADAS AL NIÑO

VACUNA	FECHA	EDAD
<b>POLIOMIELITIS:</b>		
Primera Dosis		
Segunda Dosis		
Tercera Dosis		
Refuerzo		
<b>TRIPLE DTP</b>		
Primera Dosis		
Segunda Dosis		
Tercera Dosis		
Refuerzo		
<b>SARAMPION</b>		
Dosis Unica		
<b>TUBERCULOSIS Ó BCG</b>		
Dosis Unica		

ALIMENTACION DEL NIÑO AL INGRESO AL PROGRAMA

Desayuno: \_\_\_\_\_

Almuerzo: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

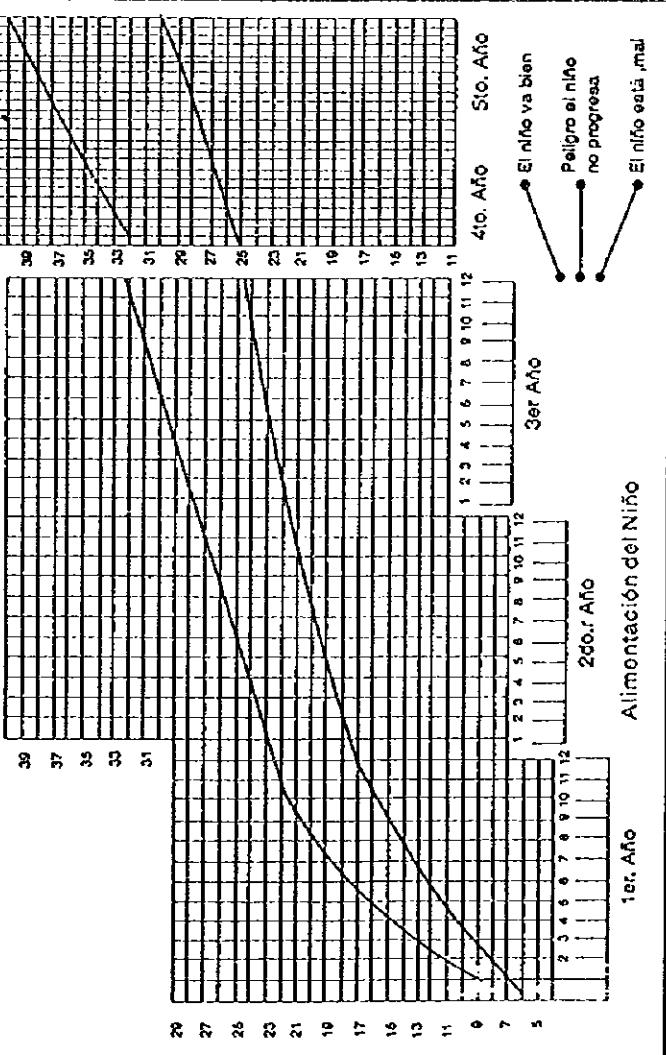
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Sede del proyecto en donde está siendo atendido: \_\_\_\_\_

Nombre del Encargado del Programa: \_\_\_\_\_

# GRAFICA PESO POR EDAD

PESO AL NACER \_\_\_\_\_



FECHA DE CONTROL	EDAD	PESO	TALLA	PROXIMA CITA

## RECOMENDACIONES A LOS ENCARGADOS DEL PROGRAMA

Si el niño está mejorando su estado nutricional, felicite a la madre y dígle que continúe haciendo lo mismo. Si el niño no mejor su estado nutricional o está empeorando haga lo siguiente:

- Visite a la madre.
- Pregúntele como le esta dando los alimentos al niño.
- Pregúntele si no se ha enfermado el niño.
- Trate de observar como la madre le dá los alimentos al niño.
- Haga otras preguntas que considere convenientes.
- Si el niño se ausenta del programa realizar visitas de seguimiento.

(4) 月間診療報告フォーム (保健省使用のもの)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
UNIDAD INFORMÁTICA, D.G.S.S.

RESUMEN MENSUAL DE CAUSAS DE ENFERMEDADES  
PRIMERAS CONSULTAS

F-3

RESPONSABLE DE LA INFORMACION: \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_  
AREA DE SALUD: \_\_\_\_\_ SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS: \_\_\_\_\_

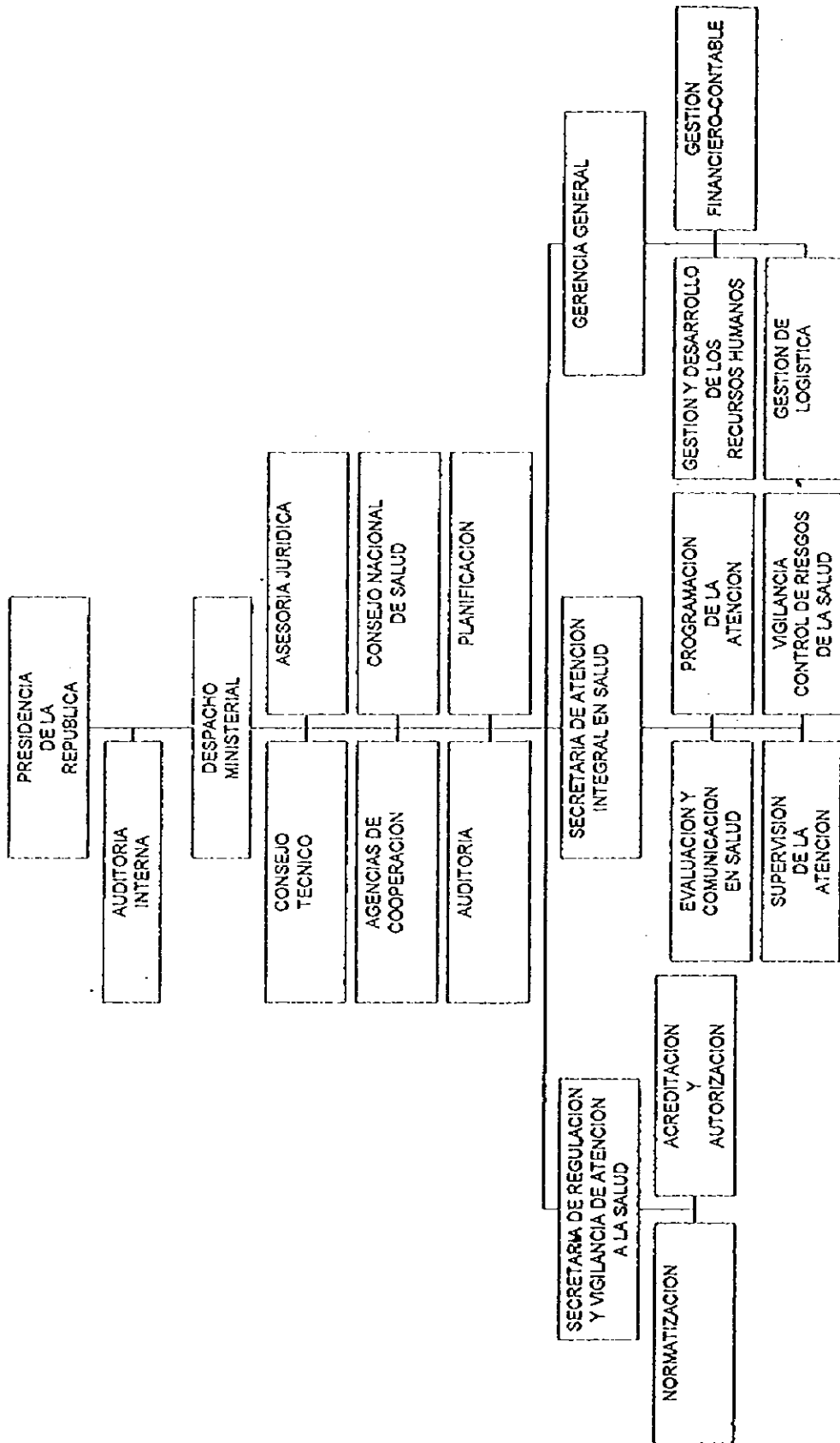
CODIGO	DIAGNOSTICO	EDAD Y SEXO	<28 DIAS	28 DIAS A 11 MESES	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-44 AÑOS	45-59 AÑOS	60 Y + AÑOS	SEXO		TOTAL
										M	F	
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACION												
032	DIFTERIA *											
045	POLIOELITIS AGUDA **											
055	SARAMPION *											
037-670	TETANOS *											
771.3	TETANOS NEONATAL *		*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****			
039	TOSFERINA *											
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS DEL APARATO DIGESTIVO												
001	COLERA **											
006	AMBIASIS											
126	ANQUILOSTOMIAS Y NECATORIASIS											
127	PARASITISMO INTESTINAL											
004	SHIGELOSIS *											
002.0	FIEBRE TIFOIDEA *											
007.1	GARDIASIS											
008-009	SINDROME DIARREICO AGUDO *											
005	ENFER. TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS											
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL APARATO RESPIRATORIO												
454	LARINGITIS Y TRAQUEITIS AGUDA											
453	AMIGDALITIS											
450	RESFRIO COMUN											
382	OTIS											
450-456	NEUMONIAS Y BRONCO NEUMONIAS											
011-012	TUBERCULOSIS APARAT. RESPIRATORIO											
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL												
099.0	CHANCRO BLANCO											
054.1	HERPES GENITAL											
053 0-3	INF. GONOCOCICA TRACTO GENIT-URIN											
054.4	INF. GONOCOCICA DEL OJO											
099.1	LINFOGRANULOMA VENEREO											
091-097	SIFILIS ADQUIRIDA											
090	SIFILIS CONGENITA											
279	S.I.D.A. **											
279.8	HIV POSITIVO											
131 0	TRICOMONIASIS UROGENITAL											
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES												
061	DENGUE CLASICO *											
065.4	DENGUE HEMORRAGICO *											
043	ENCEFALITIS Y MENINGITIS VIRICA											
065	LEISHMANIASIS											
125 3	ONCOCECROCOSIS											
064	PALUSTRISMO *											
066	TRIPANOSOMIASIS											
ZOOZOSIS												
023	BRUCELOSIS											

NOTA: LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA ESTAN ESPECIFICADAS CON ASTERISCOS CON EXCEPCION DE LAS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE TIPO \*\* ASTERISCO

CODIGO	ENFERMEDAD	EDAD Y SEXO							SEXO		TOTAL
		< 23 DIAS	28 DIAS A 11 MESES	1 - 4 AÑOS	5 - 14 AÑOS	15 - 44 AÑOS	45 - 59 AÑOS	60 Y + AÑOS	M	F	
022	CARBUNCO (ANTRAX)										
123.1	CISTICERCOSIS										
071	RABIA HUMANA										
V99	RABIA ANIMAL	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	
130	TOXOPLASMOSIS										
<b>OTRAS ENFERMEDADES EXANTEMATICAS</b>											
035	ERIZIPELA										
034.1	ESCARLATINA										
056	RUSEOLA										
052	VARICELA										
080	TIFUS EXANTEMATICAS										
<b>MICOSIS</b>											
110-111	DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS										
115	HISTOPLASMOSIS										
112	CANDIDIASIS										
<b>OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</b>											
077.4	CONJUNTIVITIS HEMORRAGICA EPIDEM.										
070.1	HEPATITIS VIRICA "A"										
070.3	HEPATITIS VIRICA "B"										
030	LEPRA										
036.0	MENINGITIS MENINGOCOCICA										
320-322	MENINGITIS BACTERIANA Y OTRAS										
072	PAPULITIS EPIDEMICA INFECCIOSA										
133.0	ESCABIOSIS (SARNA)										
076	TRACOMA										
013	TUBERCULOSIS MENINGEA Y DEL SNC										
014-015	TUBERCULOSIS OTRA FORMAS										
<b>CAUSAS MATERNAS</b>											
637	ABORTO								*****		
642	PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA								*****		
640-641	HEMORRAGIA DEL EMBARAZO								*****		
<b>OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</b>											
330-332	FIEBRE REUMATICA AGUDA										
569.2-4	INTOXICACION POR PLAGUICIDAS*										
939.5	INTOX. POR PONZOÑA DE ANIMALES										
250	DIABETES MELITUS										
401-405	HIPERTENSION ARTERIAL										
571	CIRROSIS HEPATICA										
800-848	FRACTURAS LUXACION ESQUINCE										
233.1	CANCER CERVICO UTERINO								*****		
174-175	CANCER DE MAMA										
344.9	PARALISIS FLACIDA										
240	SOCIO ENDEMICO										
490-493	ASMA BRONQUIAL, BRONQUITIS, ENFS										
269	DESNUTRICION										
850-929	TRAUMATISMOS-HERIDAS										
436	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR										
172-173	CANCER DE LA PIEL										
E988.9	ACCIDENTES EN GENERAL										
000.0	INFECCIONES NOSODOMICAS										

(5) 保健省組織改革後の組織図（暫定案）

# ORGANIGRAMA PROPUESTO



(6) 「保健サービス統合計画」の第1次保健医療レベルの指針

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

**SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD  
-SIAS-**

**LINEAMIENTOS PARA EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN**

Enero 22, 1997

## TABLA DE CONTENIDOS

- I. INTRODUCCIÓN
- II. OBJETIVO GENERAL
- III. NIVEL PRIMARIO DE ATENCION
  - A. DESCRIPCION
  - B. OBJETIVO ESPECIFICO
  - C. COMPONENTES
    - 1. Atención
    - 2. Recursos Humanos
    - 3. Organización
    - 4. Técnico-Administrativo de Apoyo
- IV. METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION
  - A. PROCESO DE INDUCCIÓN E INCORPORACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS EN EL SIAS
  - B. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN POR NIVEL
  - C. CAPACITACIÓN CON ENFOQUE PERMANENTE
  - D. PROCESOS POR NIVEL
    - 1. Unidad Departamental de Salud
    - 2. Unidad Municipal de Salud
    - 3. Comunidad



## I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala, los problemas básicos de morbilidad y mortalidad están relacionados con la atención del embarazo y el parto, los embarazos precoces, frecuentes y múltiples, el cuidado del recién nacido, la prevención y control de la desnutrición y la carencia de micronutrientes, la diarrea, las infecciones respiratorias y las enfermedades inmunoprevenibles en los niños, algunas enfermedades transmitidas por vectores y la tuberculosis.

El perfil epidemiológico del país, por lo tanto, se continúa caracterizando por alta mortalidad infantil y elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. De cada 1000 niños que nacen, 57 mueren antes de cumplir un año de edad y, de ellos, 29 antes de 28 días. En zonas residenciales de la ciudad capital mueren menos de 10 niños al año por cada 1000 nacidos, mientras que en zonas rurales pobres de la República mueren más de 120. La mortalidad infantil en la población indígena es superior a la que se presenta en la población no indígena. La mortalidad del país sigue centrada en patologías derivadas de las precarias condiciones de vida de la población. Dos de cada 5 niños en edad preescolar están desnutridos, siendo esta situación más severa en la región noroccidental del país. Seis de cada 10 mujeres lactantes sufren de anemia nutricional. La mortalidad materna es de 19 por 10,000 nacidos vivos. En la mujer indígena la mortalidad es 50% superior respecto del total de defunciones maternas.

Las causas de morbimortalidad del país, en su mayoría, son susceptibles de prevención y control mediante acciones de atención básica que tienen, además, una buena relación costo-efecto y que pueden ser prestadas conjuntamente por personal comunitario e institucional.

Desde hace más de tres décadas se ha tratado de prestar esta atención básica, y de ampliar y extender la cobertura de los servicios de salud; sin embargo, la cobertura es de 54%<sup>1</sup>. Los cursos de acción para responder a este objetivo se han enfocado a ampliar la red hospitalaria y de centros de salud, así como a la capacitación de recursos comunitarios de salud, comadronas tradicionales y promotores de salud. Ha existido concentración técnico/administrativa y limitada participación comunitaria. Los esfuerzos en apoyo a la atención primaria en salud mediante la participación de los recursos comunitarios mencionados, han sido asistemáticos y se ha descuidado la supervisión y el seguimiento.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como rector del sector salud y en cumplimiento de su mandato constitucional de conducción, regulación y vigilante de la salud, plantea la Política de Salud 1,996 - 2,000 en la cual se incluye, entre otras, el "aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud con énfasis en la prevención y control de problemas prioritarios". El programa de gobierno 1996 -2000 plantea la necesidad de un nuevo modelo de atención que privilegie la atención primaria en salud y favorezca el acceso de la población a los servicios de salud extendiendo la cobertura y promoviendo la responsabilidad familiar y de las comunidades en la provisión de servicios. Asimismo, en el acuerdo de paz sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, de mayo de 1996, se plantea el compromiso de impulsar la reforma del sector salud que, dentro de los lineamientos, prioriza la atención a los problemas básicos, especialmente del grupo materno infantil. En ese sentido, el

---

1 OPS/OMS, El proceso de transformación de la salud en Guatemala. Enero, 1996.

Gobierno se compromete a destinar, por lo menos, 50% del gasto público en salud a la atención preventiva, a reducir la mortalidad infantil y materna en un 50% del índice observado en 1995, antes del año 2,000<sup>2</sup>.

En respuesta a la grave situación de salud del país, a la política de salud y a los acuerdos de paz, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social propone reorientar y ampliar los Servicios de Salud actuales y prestar atención básica en salud, a la población que ahora no tiene acceso a servicios. En este contexto, se plantea fortalecer el total de niveles de atención.

## II. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer e integrar las acciones que corresponden a los niveles primario, secundario y terciario del Sistema Nacional de Salud.

## III. NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

### A. DESCRIPCION

Conjunto de componentes que se interrelacionan entre sí para extender la cobertura de servicios básicos de salud en el nivel primario. Se basa en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes prestados por personal voluntario, apoyado y supervisado por el facilitador comunitario e institucional.

Permite sistematizar el trabajo del sector gubernamental, pero también de los organismos no gubernamentales, actuales organizaciones prestadoras de servicios de salud (OPSS), mediante una metodología sencilla y de bajo costo.

De acuerdo con las políticas de salud 1996-2000, la atención en este nivel se caracteriza por:

- ▶ Promover el acercamiento de los servicios de salud a las comunidades dispersas y aisladas.
- ▶ Establecer un conjunto básico de servicios de salud.
- ▶ Utilizar eficientemente la capacidad instalada del sector salud.
- ▶ Promover la participación de la comunidad en la planificación, organización, prestación de servicios y fiscalización de gestión y calidad de la atención.

---

2 Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. Desarrollo social: Salud. Mayo 1996. Pág. 14

- ▶ Orientar las actividades a la resolución de la problemática de salud de la población a un bajo costo.
- ▶ Promover el respeto a las costumbres, patrones culturales y étnicos de la población.
- ▶ Garantizar la sostenibilidad administrativa y financiera.
- ▶ Operacionalizar las prioridades y compromisos de las políticas de salud y los acuerdos de paz.
- ▶ Utilizar información capaz de permitir la identificación de poblaciones meta, la toma de acciones oportunas y la evaluación de procesos e impacto de servicios.
- ▶ Permitir la participación de grupos que actualmente prestan servicios de salud (Organizaciones prestadoras de servicios de salud -OPSS-)

## **B. OBJETIVO ESPECIFICO**

Establecer un sistema de servicios básicos de salud para el 100% de la población de comunidades seleccionadas dispersas y alejadas que carecen de atención, mediante la participación multisectorial y de las propias comunidades, a fin de contribuir a la disminución de la mortalidad materno-infantil en un 50% tomando como base la tasa registrada en 1,995, antes del año 2000.

## **C. COMPONENTES**

Los componentes que se interrelacionan para fortalecer el nivel primario de atención son los siguientes:

1. Atención:
  - a. A las personas
  - b. Al medio
2. Recursos humanos
3. Organización
4. Técnico-administrativo de apoyo, que incluye:
  - Información
  - Planificación, programación y evaluación
  - Vigilancia epidemiológica
  - Supervisión
  - Administración de recursos

## 1. Componentes de Atención:

### a. A las Personas

El componente de atención a las personas lo conforman un conjunto de servicios de salud que, para su adecuada prestación, se dividen en servicios básicos y en servicios ampliados de salud.

### b. Al Medio

El componente de atención al medio incluye actividades de educación y promoción de ambientes saludables, y de regulación y control de vectores, excretas, basuras y aguas.

A continuación se presentan los servicios básicos y ampliados de salud que integran elementos de los componentes de atención a las personas y al medio.

#### i. Servicios básicos de salud

Lo constituyen servicios dirigidos a poblaciones no cubiertas por servicios de salud; se caracterizan por su transitoriedad, ya que serán reformulados de acuerdo con los cambios producidos en el perfil epidemiológico; son prestados por personal comunitario e institucional; lo conforman cuatro grupos de actividades:

- **Atención de la mujer** mediante el control prenatal, aplicación de toxoide tetánico, entrega de micronutrientes, atención del parto, puerperio y orientación para la detección precoz de cáncer y planificación familiar.
- **Atención infantil y preescolar** con la aplicación de vacunas contra el sarampión, poliomielitis, tos ferina, tétanos, difteria y tuberculosis; control de infección respiratoria aguda (IRA); control de diarrea/cólera, evaluación y atención nutricional de niños menores de 2 años.
- **Atención de la demanda por emergencias y morbilidad** con énfasis en diarrea/cólera, IRA, dengue/malaria, tuberculosis, rabia, enfermedades por transmisión sexual como SIDA y otras, según perfil epidemiológico local.
- **Atención al medio** con énfasis en regulación y control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas, disposición sanitaria de basuras y control de calidad del agua.

Todas las actividades mencionadas anteriormente son apoyadas por acciones educativas y de promoción de la salud; durante su ejecución se realizan referencias y contrarreferencias.

Las normas de atención se describen en el Anexo 1.

## ii. Servicios ampliados de salud

Lo constituyen servicios dirigidos a poblaciones ya cubiertas por los servicios de salud los cuales son prestados por personal institucional. En ese sentido, adicionalmente a los servicios básicos, se prestan los siguientes:

- **Atención a la mujer en edad fértil, mediante la detección precoz de cáncer y planificación familiar.**
- **Atención infantil y preescolar, mediante la evaluación y atención nutricional de menores de 5 años.**
- **Atención de emergencias y morbilidad.**
- **Atención al medio**

Las normas de atención se describen en el Anexo 1.

## iii. Referencia y contrarreferencia de pacientes

Consiste en la aplicación de mecanismos sencillos y eficaces para garantizar la referencia y contrarreferencia de las personas al nivel de atención con la capacidad de resolución al problema definido. Estos mecanismos describen la forma de referir para asegurar:

- ▶ La recepción de personas en los servicios de mayor complejidad,
- ▶ La comunicación de vuelta al lugar de origen de los procedimientos realizados y
- ▶ Las acciones subsecuentes a ser efectuadas por el personal de salud.

El personal comunitario e institucional puede referir personas al médico ambulatorio, puestos, centros de salud y hospitales utilizando formularios de acuerdo con el tipo de referencia, de la manera siguiente:

- ▶ **Bajo riesgo, patología sin complicaciones que no pone en peligro la vida de la persona y permite esperar la visita del personal institucional de salud; puede entregarse a personas que requieran exámenes complementarios.**
- ▶ **Mediano riesgo, patología que pone en peligro la vida de la persona si no se atiende en un tiempo prudente y necesita atención de otro nivel de mayor complejidad (hipertensión arterial, embarazo de alto riesgo, y otros)**

- ▶ **Alto riesgo**, patología de urgencia que necesita atención inmediata (fracturas, intoxicaciones, heridas, mordedura de serpiente, y otros)

Las unidades de salud actúan de acuerdo con los siguientes lineamientos:

- ▶ Toda persona que llegue con referencia de alto riesgo enviada por el personal comunitario o institucional, tiene la más alta prioridad en la atención, aún en la atención de urgencias.
- ▶ Ningún miembro del personal de la unidad de salud rechaza o deja para otro día la atención de una persona referida, indistintamente del tipo de referencia (bajo, mediano y alto riesgo).
- ▶ Ninguna persona se refiere hacia un nivel superior o inferior sin el correspondiente documento de referencia.

Para asegurar la referencia y contrarreferencia de pacientes, el personal de salud:

- ▶ Conoce los mecanismos y criterios de referencia y contrarreferencia,
- ▶ Dispone de equipo quirúrgico, medicamentos, insumos/materiales, equipo de comunicación, transporte y horario abierto,
- ▶ Privilegia la referencia comunitaria,
- ▶ Realiza acciones de supervisión, evaluación y auditoría médica.

## 2. Componente de Recursos Humanos

Describe la conformación del equipo básico de salud -EBS- responsable de la implementación de los servicios básicos de salud, características del mismo, su perfil ocupacional, así como la estrategia de capacitación.

### a. Equipo básico de salud (EBS)

El equipo básico de salud está integrado por personal institucional y personal comunitario, de la siguiente manera:

#### Recurso humano comunitario

- Promotor de Salud (PS)
- Colaborador voluntario de malaria (CVM)
- Comadrona Tradicional Capacitada (CTC)
- Facilitador Comunitario (FC)

## **Recurso humano institucional**

- Facilitador Institucional (FI)
- Auxiliar de Enfermería (AE)
- Técnico en Salud Rural (TSR)
- Médico Ambulatorio (MA)
- Coordinador Municipal (CM)
- Coordinador Departamental (CD)

### **b. Características.**

#### **Personal comunitario**

##### **Promotor de Salud**

- ▶ Poseer características potenciales de liderazgo
- ▶ Ser mayor de 18 años
- ▶ Residir permanentemente en la comunidad
- ▶ Saber leer y escribir
- ▶ Ser propuesto por la comunidad
- ▶ Disponer de 1 hora por día o 7 horas por semana
- ▶ Hablar el idioma local

##### **Colaborador voluntario de Malaria**

- ▶ Experiencia en el cargo

##### **Comadrona Tradicional**

- ▶ Experiencia en atención de partos

##### **Facilitador comunitario**

- ▶ Ser o haber sido Promotor o Voluntario de Salud
- ▶ Disponer de 4 horas al día

##### **Personal institucional**

- ▶ Ser residente en el lugar
- ▶ Tener vocación de servicio

Todo el personal del EBS participa en el proceso de capacitación permanente para el óptimo desempeño de sus funciones, a fin de garantizar la entrega de los servicios básicos de salud con equidad y calidad.

c. Selección del EBS

La selección del personal institucional del EBS se hace de acuerdo con el perfil de formación y ocupacional, y de las características mencionadas. El personal comunitario se selecciona tomando en cuenta las características para cada uno de ellos mediante el procedimiento descrito en el Capítulo V. Metodología de implementación.

d. Responsabilidades del EBS

Para dar cumplimiento a las actividades que corresponden a los servicios básicos de salud se han definido las siguientes responsabilidades a desarrollar por cada miembro del EBS. Su relación con las normas que orientan la de atención se presentan en el Anexo I.

**Responsabilidades del promotor de salud**

- Hacer el croquis de su sector<sup>3</sup>.
- Realizar el censo de las familias de su sector.
- Analizar con las familias a su cargo, su situación de salud y factores de riesgo.
- Programar, conjuntamente con el FC, las actividades a realizar y requerimientos de insumos básicos
- Apoyar al facilitador institucional en la vacunación, detección y atención de desnutridos.
- Atender casos de diarrea, cólera e infecciones respiratorias agudas.
- Mantener la vigilancia epidemiológica permanente con la participación de las familias a su cargo e informar al FC cuando se presenten casos de enfermedades transmisibles.
- Realizar, cada 2 meses, visitas domiciliarias en su sector para controlar existencias de suero oral en las familias, tratamientos de tuberculosis y otros; realizar promoción y educación de salud y concretar compromisos de cambio con las familias.
- Aplicar medidas preventivas contra malaria y dengue, tomar muestras de sangre para diagnóstico de malaria, y atender los casos que se presenten<sup>4</sup>.
- Dar primeros auxilios en casos de accidentes y emergencias.

---

3 Se entiende por sector a la organización de la comunidad en núcleos de aproximadamente 20 viviendas.

4 Actividades que realiza el colaborador de malaria, donde este recurso exista.



- Referir al médico ambulatorio o a los servicios de salud los casos que no pueda atender en la comunidad.
- Dar seguimiento a las referencias y contrarreferencias
- Promover acciones de mejoramiento del medio.
- Vacunar a perros contra la rabia
- Identificar abastos de agua
- Mantener actualizados los datos de los formularios F1 y F2 (Ficha Familiar)
- Asistir a las reuniones de capacitación.

#### **Responsabilidades de la comadrona tradicional capacitada**

- Realizar control prenatal sin complicaciones
- Atender parto normal
- Referir embarazadas de alto riesgo o morbilidad
- Atender el puerperio inmediato
- Atender al recién nacido
- Orientar a la madre sobre el espaciamiento de los embarazos y alimentación durante el embarazo y la lactancia, lactancia materna y alimentación del niño en el primer año
- Anotar los nacimientos en la boleta de nacimientos
- Dar seguimiento a las referencias y contrarreferencias
- Apoyar al FI para aplicación de toxoide tetánico
- Asistir a reuniones de capacitación

#### **Responsabilidades del facilitador comunitario**

Cuando la capacidad de cobertura de los servicios se vea limitada por las siguientes condiciones: dispersión poblacional, déficit de facilitadores institucionales, número elevado de comunidades postergadas, se hace necesaria la habilitación del facilitador comunitario, para lo cual se define el siguiente perfil de desempeño:

- Contar con los croquis de los sectores de las comunidades<sup>5</sup> a su cargo.
- Analizar, conjuntamente con los promotores de salud, organizaciones comunitarias y otros representantes de grupos organizados, la situación de salud de las comunidades bajo su responsabilidad.
- Programar conjuntamente con los promotores de salud, organizaciones comunitarias, representantes de otros grupos organizados y facilitador institucional, las actividades de prestación de servicios, la supervisión y evaluación de su cumplimiento.

---

<sup>5</sup> Se entiende por comunidad a la población que habita en cabeceras municipales, aldeas, parajes, caseríos, fincas y cantones que se dividen en sectores.

- o Programar y evaluar conjuntamente con los promotores de salud y el facilitador institucional las actividades de capacitación y requerimientos de insumos básicos.
- o Dar seguimiento a las referencias y contrarreferencias
- o Atender demanda local de enfermedades y emergencias.
- o Promover acciones de mejoramiento del medio.
- o Programar y ejecutar con los grupos de apoyo, los eventos de evaluación y atención nutricional de niños menores de 2 años, de vacunación de preescolares y toxoide tetánico a embarazadas.
- o Coordinar con el comité de la comunidad la gestión de alimentos, dotación de vitamina A y sulfato ferroso para familias con niños desnutridos y embarazadas.
- o Analizar la información registrada en las Fichas Familiares de Salud (F1 y F2) para tomar acciones de supervisión y capacitación.
- o Consolidar la información recolectada por sector y comunidad e informar al FI.
- o Participar en las actividades de capacitación
- o Participar en medidas de control y vigilancia epidemiológica.
- o Cualquier otra que le sea asignada por el facilitador institucional.

#### **Responsabilidades del facilitador institucional<sup>6</sup>**

(Técnico en Salud Rural, Auxiliar de Enfermería y otro personal)

- o Contar con mapas de la jurisdicción<sup>7</sup> a su cargo.
- o Identificar e involucrar a las organizaciones comunitarias existentes.
- o Analizar conjuntamente con el coordinador municipal y los facilitadores comunitarios, la situación de salud de las comunidades bajo su responsabilidad.
- o Elaborar la programación conjuntamente con el coordinador municipal, facilitador comunitario, comadrona tradicional capacitada, las actividades de prestación de servicios de supervisión y evaluación de cumplimiento.
- o Programar y evaluar conjuntamente con el coordinador municipal las actividades de capacitación y requerimientos de insumos básicos.
- o Participar en la formulación del plan operativo anual (POA) del municipio.

---

6 En el caso de los facilitadores institucionales del MSPAS, algunas de las responsabilidades aplican parcialmente, debido a que durante el proceso de identificación e involucramiento de las organizaciones comunitarias, debe identificar en forma adicional a aquellos que tengan personería jurídica o autorización para el manejo de fondos para sensibilizarlos y capacitarlos en la metodología de trabajo para la prestación de servicios básicos. Con base en lo anterior, programar conjuntamente las actividades y el traslado de los recursos financieros que puedan permitir, con el aporte comunitario, la prestación de los servicios básicos de salud.

7 Se entiende por jurisdicción al conjunto de comunidades que corresponden a 160 sectores.

- Mantener comunicación sobre la situación de salud y acciones que se ejecutan con los grupos organizados de la jurisdicción y el municipio.
- Capacitar, supervisar y evaluar a las organizaciones comunitarias, comadronas tradicionales, promotores de salud y facilitadores comunitarios de la jurisdicción bajo su responsabilidad.
- Dar seguimiento a las referencias y contrarreferencias.
- Promover acciones de mejoramiento del medio.
- Participar en la programación y ejecución de eventos de evaluación y atención nutricional de niños menores de 2 años, de vacunación de preescolares y toxoide tetánico a embarazadas.
- Facilitar los materiales educativos y otros recursos necesarios al trabajo de los facilitadores comunitarios, promotores de salud y comadronas tradicionales.
- Recolectar, consolidar y analizar la información registrada por los facilitadores comunitarios para tomar acciones de supervisión y capacitación e informar al coordinador municipal.
- Asistir a las reuniones de capacitación como docente y participante.

El (la) Técnico en Salud Rural o el (la) Auxiliar de Enfermería tiene, además, las siguientes responsabilidades que corresponden en forma directa a su formación:

- Atender las referencias de los facilitadores comunitarios, promotores de salud y comadronas tradicionales capacitadas.
- Atender la demanda local de enfermedades y emergencias.
- Realizar control de la embarazada referida por CTC.
- Supervisar y asesorar actividades de la CTC.
- Llevar el control de embarazos de alto riesgo.
- Verificar que la CTC cuente con el equipo necesario para la atención del parto.
- Seleccionar un parto anual por comadrona para verificar procedimiento en la atención del parto y recién nacido.
- Realizar examen físico del recién nacido, aplicar vacunas BCG y antipoliomielítica.
- Referir a pacientes enfermos o con retrasos serios en el crecimiento y desarrollo.
- Dar seguimiento a las referencias y contrarreferencias
- Coordinar con diferentes actores sociales para la eliminación de criaderos de vectores.
- Supervisar y asesorar sobre control de vectores.
- Programar la vacunación canina en la jurisdicción a su cargo.
- Supervisar la aplicación de vacuna canina.
- Promover disposición adecuada de excretas.

- Coordinar con la instancia multisectorial para la adecuada disposición de excretas y basuras.
- Vigilar por una disposición adecuada de basuras.
- Velar por el abastecimiento de agua apta para el consumo humano.
- Realizar la vigilancia y control bacteriológico del agua.
- Realizar el registro de la atención en el formulario correspondiente.
- Cualquier otra que le asigne el coordinador municipal.

#### **Responsabilidades del médico ambulatorio**

- Programar visitas mensuales a cada comunidad de la o las jurisdicciones a su cargo
- Atender la demanda por enfermedades y emergencias
- Atender referencias del promotor de salud, comadrona tradicional capacitada, facilitador comunitario y facilitador institucional
- Determinar lugar de atención del parto de alto riesgo
- Registrar información de la atención en el formulario Registro de Consulta Externa y Emergencia (F4) y consolidarlo en el formulario F3.
- Referir a otros niveles de atención a personas con patología compleja
- Realizar visita domiciliaria para seguimiento o atención de casos de alto riesgo
- Dar seguimiento a las referencias y contrareferencias.
- Orientar al facilitador comunitario y promotor de salud sobre la forma mas adecuada de dar seguimiento a los pacientes que requieran atención especial
- Participar en medidas de control y vigilancia epidemiológicas

#### **Responsabilidades del coordinador municipal (distrito de salud)**

- Contar con el mapa del municipio
- Analizar conjuntamente con los facilitadores institucionales, Consejo de Desarrollo Municipal y los representantes de organizaciones municipales, la situación de salud del municipio a partir de la información de los formularios de consolidación F5 y F8 del municipio y otra información complementaria, plantear propuestas de acción y solicitar la participación correspondiente.
- Definir conjuntamente con cada facilitador institucional el área geográfica a cubrir.
- Participar en la capacitación del personal de la unidad municipal.
- Programar, supervisar y evaluar conjuntamente con los facilitadores institucionales las actividades programadas.
- Elaborar conjuntamente con los facilitadores institucionales el POA, supervisar y evaluar su cumplimiento.
- Participar en la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo Municipal.

- Programar conjuntamente con los médicos ambulatorios las actividades médicas del municipio.
- Consolidar la información de las jurisdicciones del municipio
- Coordinar la obtención de recursos para el desarrollo de planes de contingencia y orientar medidas globales para el control de emergencias epidemiológicas.
- Reportar a nivel departamental, los casos de notificación obligatoria y medidas tomadas.
- Coordinar el procesamiento de datos para la formulación de indicadores y estudio de tendencias.
- Supervisar y evaluar las actividades de los facilitadores institucionales del municipio, con base en la programación conjunta y la situación epidemiológica.
- Cualquier otra que le asigne el coordinador departamental.

#### **Responsabilidades del Coordinador Departamental (Área de Salud)**

- Consolidar la información proveniente de los municipios del departamento.
- Analizar conjuntamente con el equipo técnico del departamento, coordinadores municipales, Consejo de Desarrollo Departamental y los representantes de las organizaciones presentes en el departamento, la situación de salud del departamento; para involucrarlos, plantear propuestas de acción y solicitar la participación correspondiente.
- Participar en la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo Departamental.
- Programar, supervisar y evaluar conjuntamente con los coordinadores municipales las actividades programadas.
- Elaborar conjuntamente con los coordinadores municipales el POA Departamental, supervisar y evaluar el cumplimiento de los POA municipales.
- Participar en las actividades de capacitación del personal de la unidad departamental.
- Coordinar el procesamiento de datos para la formulación de indicadores y estudio de tendencias.
- Coordinar la obtención de recursos para el desarrollo de planes de contingencia y orientar medidas globales para el control de emergencias epidemiológicas.
- Reportar a nivel central los casos de notificación obligatoria y medidas tomadas.
- Capacitar, supervisar y evaluar los EBS, con base en la programación conjunta y la situación epidemiológica.
- Cualquier otra que le asigne el jefe de la unidad departamental de salud.

Además de los miembros del EBS, se cuenta con el apoyo indispensable de los demás miembros del personal de salud, los cuales participan en el proceso de capacitación permanente. El perfil de desempeño de los demás miembros del personal de salud se detalla en las Normas Administrativas, Anexo 1.

e. **Capacitación con enfoque permanente**

El proceso de capacitación tiene su base en el conjunto de servicios básicos y, por lo tanto, de las prioridades en salud del país. Incorpora al personal institucional desde el nivel departamental, municipal hasta el comunitario. Se basa en el perfil ocupacional de cada miembro del personal involucrado en los diferentes niveles. En este sentido, se orienta a fortalecer habilidades, destrezas y actitudes indispensables para la implementación de las acciones. La capacitación, además de estar vinculada al componente de atención a las personas, está íntimamente ligada a la planificación, programación, evaluación, información, vigilancia epidemiológica y supervisión.

La capacitación se efectúa durante reuniones mensuales y previa a la implementación de cada una de las actividades que conforman los servicios básicos.

Las características de la temática y material de capacitación permiten que el personal institucional TSR, AE u otro previa capacitación, participe como facilitador institucional.

En el Anexo 3, en proceso de elaboración, se presenta el enfoque y los contenidos de capacitación.

3. **Componente de Organización**

Este componente describe la propuesta de organización por niveles para la prestación de los servicios mínimos de salud, así como los mecanismos que facilitan la interrelación de los componentes.

a. **Nivel sector**

Las comunidades se dividen en sectores de aproximadamente 20 viviendas, según concentración y accesibilidad de las viviendas. Cada promotor de salud se hace cargo de un sector donde desarrolla las funciones descritas en el perfil ocupacional.

## b. Nivel comunidad

El facilitador comunitario cumple con las funciones descritas en el perfil ocupacional y tiene a su cargo aproximadamente a 20 promotores de salud; puede cubrir más de una finca, caserío, paraje, cantón o aldea.

El médico ambulatorio cumple con las funciones descritas en el perfil ocupacional y visita cada mes las comunidades a su cargo.

Es necesario identificar y acondicionar un local en la comunidad para que sirva al médico ambulatorio para dar consulta, al facilitador comunitario e institucional, para las reuniones de capacitación, análisis, evaluación, vacunación, asambleas comunitarias y otras. Se le denomina Centro de Convergencia Popular (CCP), o como lo defina la comunidad, y cuenta con equipo mínimo para su funcionamiento.

Se pretende que no sólo se realicen acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir enfermedades y detener su avance<sup>8</sup>, si no que las organizaciones comunitarias participen en la planificación, conducción y fiscalización de las acciones en salud.

En ese sentido se promueve que las organizaciones comunitarias:

- o Convoquen a la población para informarles sobre los servicios de salud a prestar, logren su involucramiento y soliciten su apoyo para seleccionar promotores de salud y facilitadores comunitarios.
- o Apoyen el trabajo del EBS.
- o Integren la medicina tradicional con la oferta de servicios de salud
- o Participen en los procesos de planificación, programación, vigilancia epidemiológica, supervisión y fiscalización.
- o Representen a la comunidad ante el Consejo de Desarrollo Municipal<sup>9</sup>
- o Soliciten al PS el número de embarazadas y niños de alto riesgo nutricional para la gestión de alimentos
- o Gestionen recursos en apoyo a las actividades cuando lo consideren necesario.

---

8 Organización Mundial de la Salud: Participación de la Comunidad en el Desarrollo de su Salud: Un desafío para los Servicios de Salud. Informe Final. Grupo de Estudio de la OMS, Serie Informe Técnicos 809. Ginebra, Diciembre 1989.

9 Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. I. Democratización y desarrollo participativo: A. Participación y Concertación Social. Mayo 1996. Pág. 5

### c. Nivel jurisdicción

El facilitador institucional cumple con las responsabilidades descritas en el perfil ocupacional y tiene a su cargo aproximadamente ocho facilitadores comunitarios, lo que representa aproximadamente 160 sectores y 3,200 viviendas. En el caso de los facilitadores institucionales del MSPAS, éste se vincula estrechamente a organizaciones comunitarias que actúan como responsables de las acciones en las jurisdicciones o comunidades correspondientes.

### d. Nivel municipal

Para facilitar el logro de los objetivos, el distrito de salud, geográfica y administrativamente, equivale a un municipio del país<sup>10</sup>, por lo tanto se crea la Unidad Municipal de Salud cuyas funciones son las de planificar, programar, coordinar, capacitar, monitorear, supervisar y evaluar las actividades de provisión de servicios básicos y ampliada, así como las acciones administrativas de apoyo.

La jefatura de la UMS tiene como función principal conducir la organización para la prestación de servicios básicos y ampliados de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y la administración eficiente de los recursos. La jefatura de la UMS podrá delegar alguna de estas responsabilidades en un miembro del equipo interdisciplinario, por ejemplo al trabajador social, enfermeras, u otro cuando así lo crea conveniente.

Los municipios se dividen en jurisdicciones de, aproximadamente, 3,200 viviendas cada una, asignando los EBS según recursos, en aquellas comunidades de mayor postergación.

Dentro del proceso se incorpora a las OPSS para atender la demanda de extensión de cobertura, la Unidad Departamental de Salud (UDS) establece convenios con estos organismos o instituciones para la entrega de los servicios básicos de salud<sup>11</sup>, de acuerdo con las normas establecidas por el MSPAS y bajo la supervisión de la UMS correspondiente.

Con el propósito de movilizar recursos y servicios básicos de atención para la solución de los problemas de salud es necesario vincular a la UMS con los procesos de desarrollo municipal, priorizando su participación en los Consejos de Desarrollo Municipal.

---

10 Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. I. Democratización y desarrollo participativo: A. Participación y Concertación Social, numeral 10 inciso b. Mayo 1996. Pág. 4

11 Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. II. Desarrollo Social, Papel Rector del Estado, numeral 19 inciso a. Mayo 1996. Pág. 9



### **c. Nivel Departamental**

La UDS tiene la responsabilidad de planificar, programar, capacitar, monitorear, supervisar y evaluar las actividades de provisión de servicios básicos y ampliados, las acciones administrativas de apoyo, y de coordinar las actividades de salud que se desarrollen en el departamento por las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales prestadoras de servicios, a fin de asegurar el adecuado estado de salud de la población.

La jefatura de la UDS tiene como función principal conducir la organización para la prestación de servicios básicos y ampliados de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y la administración eficiente de los recursos. Algunas responsabilidades específicas las puede delegar en miembros del equipo interdisciplinario.

## **4. Componente Técnico-Administrativo de Apoyo**

A continuación se describen brevemente; los procesos para cada uno de ellos se detallan en el Anexo 4..

### **a. Información**

Este subcomponente incluye las características, la descripción de la base de datos, los indicadores y las actividades que lo conforman. Presenta un proceso de registro que se adecúa a las características de los usuarios que son los miembros de las comunidades, los EBS y el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). En este sentido, la información e instrumentos procedentes de nivel primario de atención se complementan con los del SIGSA produciendo información confiable y de mayor cobertura. El componente permite contar con datos basales para planificar, organizar y administrar los servicios básicos de salud requeridos, con indicadores que midan el impacto y guíen la prestación de servicios, y con información de la prestación de servicios en las comunidades.

Las características más importantes de este subcomponente son:

- Permite mejorar la calidad del servicio al apoyar las acciones de capacitación, planificación, programación, monitoreo, supervisión y evaluación.
- Comprende actividades de recolección, registro y control de calidad de los datos,
- Permite analizar, interpretar y reportar los datos.
- Utiliza un grupo de indicadores mínimos que permiten valorar el efecto de los servicios prestados.
- Permite el conocimiento permanente de la población neta.
- Responde a las necesidades del SIAS.
- Fortalece el sistema de información del MSPAS
- Es permanente.
- Fortalece la organización comunitaria.

- Es un medio de comunicación con la comunidad y de desarrollo de la gestión local.
- Permite que la comunidad participe en la planificación y vigilancia de la salud.
- Permite tomar acciones oportunas.

#### **b. Planificación, programación y evaluación**

Los procesos de planificación, programación y evaluación contribuyen a que el nivel primario de atención responda a las necesidades prioritarias en salud, apoyando la movilización, orientación y ejecución de recursos institucionales, comunitarios y de otros sectores con criterio de equidad y eficiencia. Estos procesos contribuyen, además, a la implementación y adecuación ordenada y sistemática del modelo de atención.

La planificación, programación y evaluación de los servicios del nivel primario de atención, tiene como característica principal garantizar la amplia participación del personal comunitario e institucional, de la comunidad organizada y de otros sectores del desarrollo en la conducción, entrega y fiscalización de los mismos.

Otra característica fundamental de estos procesos es la de integrar y facilitar los mecanismos para la relación entre los niveles comunitarios, municipales y departamentales, así como también en el uso de la información del SIAS para sustentar las decisiones en la orientación y programación de los recursos.

En el anexo se presenta la descripción del proceso de programación.

#### **c. Vigilancia epidemiológica**

Propone disminuir la ocurrencia de enfermedades mediante el control de los factores de riesgo biológicos y ambientales. Se relaciona directamente con el componente de información. Se apoya en los informes generados por éste para identificar y priorizar las principales enfermedades y factores de riesgo que afectan la salud en la comunidad en relación con el tiempo y el espacio; permite informar oportunamente sobre el surgimiento de brotes en la comunidad y propone medidas de control.

#### **d. Supervisión**

Describe los procedimientos necesarios para supervisar las actividades con el propósito de efectuar el seguimiento y control de las actividades de prestación de servicios y de apoyo programadas; orientar y ajustar la capacitación del personal involucrado y efectuar control de procesos administrativos y de las normas técnicas para tomar las acciones necesarias para corregir situaciones específicas.

La supervisión comprende la observación sistemática, el análisis permanente de los componentes de información planificación-programación-evaluación y vigilancia epidemiológica, y la reorientación de acciones y capacitación permanente, con el propósito de mejorar la eficiencia y la calidad en la prestación de servicio.

La supervisión se realiza por niveles, utilizando como base las responsabilidades del EBS establecidas en el componente de recursos humanos. Su ejecución es planificada pero flexible en todos los niveles para permitir la toma de decisiones y acciones inmediatas, a efecto de estimular y reforzar la ejecución de las actividades.

### c. Administración de recursos

Describe los procesos y procedimientos de administración de suministros, de apoyo logístico, de personal y presupuestarios.

El nivel primario de atención tiene, inicialmente, cuatro fuentes de financiamiento: la del MSPAS, las originadas y movilizadas por las comunidades, los fondos de inversión social y de los organismos de cooperación técnica y de financiamiento externo.

La administración de suministros, en sus diferentes niveles, utiliza los siguiente tipos de suministros:

Fungibles:	insumos que son de consumo diario o de tiempo de vida corto. (papel, algodón, gasas, botas, capa del promotor de salud, otros)
No Fungibles:	insumos que son de tiempo de vida prolongado ( equipo médico, mobiliario y otros.)
Medicamentos:	medicamentos básicos definidos para el nivel primario de atención.

Las etapas del proceso de administración de suministros para el nivel primario de atención se dividen en: programación de necesidades, compras, almacenamiento, distribución, consumo, control de uso y registro.

El apoyo logístico para el adecuado funcionamiento de las acciones en el nivel primario de atención comprende viáticos, transporte, reproducción de material escrito y equipo mínimo para la prestación de servicios.

La administración del personal del nivel primario de atención se divide en la requerida por el personal comunitario y el personal institucional.

#### **IV. METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION**

La implementación del SIAS en el nivel primario de atención requiere de lineamientos que pueden adaptarse de acuerdo con las circunstancias y recursos de las UDS y las UMS. La planificación y organización son de suma importancia, por lo que se plantean los siguientes pasos:

##### **A. PROCESO DE INDUCCIÓN E INCORPORACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL MSPAS**

Tiene como propósito involucrar a los distintos niveles del MSPAS para que participen activa y coordinadamente en el desarrollo del proceso de reorientación y ampliación de cobertura de los Servicios de Salud. En ese sentido, las acciones dan inicio con el fortalecimiento del nivel primario de atención para lo cual se realizan talleres de trabajo con los equipos técnicos de las UDS y UMS para:

- Analizar la situación de salud del departamento y municipio utilizando la información del capítulo II del POA, 1996; las actividades programadas y los recursos existentes para afrontar la situación prevalente.
- Analizar la evolución de las tasas de mortalidad y morbilidad, y las coberturas de atención y brotes epidémicos.
- Adaptar los lineamientos propuestos a las condiciones locales, recursos existentes y potenciales a fin de iniciar su implementación en el corto plazo.
- Involucrar a otras instituciones que realicen acciones de salud.

##### **B. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN POR NIVEL**

Después de analizar la situación de salud y adaptados los lineamientos propuestos, se elabora un plan de acción que contemple como mínimo los siguientes elementos:

- Número y tipo de actividad
- Responsable de su ejecución
- Recursos que se necesitan para realizar la actividad
- Procedencia de los recursos
- Tiempo para la ejecución
- Productos esperados
- Tiempo previsto

## **C. CAPACITACIÓN CON ENFOQUE PERMANENTE**

Para la realización del total de actividades previstas se realiza el proceso de capacitación periódica y el cual se desarrolla en forma paralela. Este proceso parte de la inducción del personal de todos los niveles, realizándose en forma previa a cada actividad; se apoya en material educativo apropiado a cada tema en cada ocasión .

## **D. PROCESOS POR NIVEL**

Las acciones que se sugiere realizar por nivel son las siguientes:

### **1. Unidad Departamental de Salud**

#### **a. Inventario de instituciones que realizan acciones de salud en el departamento:**

El coordinador departamental es el responsable de que se elabore un inventario de las diferentes instituciones que realizan actividades de salud en el departamento mediante visitas a las instituciones para determinar:

- Tipo de Institución
- Fecha de inicio de actividades y proyección de su funcionamiento
- Objetivos de la institución
- Areas de trabajo de la institución
- Municipios, jurisdicciones y comunidades que cubre la institución

**b. Involucramiento de instituciones listadas en el inventario:** Es importante y necesario incorporar a otras instituciones del sector que realizan acciones de salud, para que en conjunto con el MSPAS, se aumenten las coberturas de atención, se evite la duplicidad en la prestación de servicios y se racionalice la utilización de los escasos recursos existentes.

El coordinador departamental visita las instituciones del sector y las invita a una reunión para analizar la situación de salud, revisar programas que ofrecen respuesta a la problemática, áreas geográficas cubiertas, la propuesta de extensión de cobertura del MSPAS y otros. Deciden conjuntamente con cada institución y el coordinador municipal sobre el área geográfica a cubrir de acuerdo con las condiciones y recursos existentes; elaboran el plan de acción.

**c. Selección de municipios:** Se sugiere priorizar en la implementación de las actividades a los municipios con mayores problemas de salud y postergación, analizando viabilidad política y factibilidad técnica y financiera.

**d. Presentación del SIAS a las autoridades y resto de actores sociales:** El coordinador departamental solicita al gobernador que convoque al Consejo de Desarrollo Departamental para presentarles la situación de salud, programas que ofrecen respuesta a la problemática y el SIAS, con

énfasis en los lineamientos de acción para el nivel primario de atención. Discuten el apoyo requerido para fortalecer la operacionalización de las acciones y la importancia de la organización y participación comunitaria y social para la solución de los problemas prioritarios de salud.

## **2. Unidad Municipal de Salud**

**a. Inventario de instituciones que realizan acciones de salud del municipio:** El coordinador municipal elabora un inventario de las diferentes instituciones que realizan actividades de salud en el municipio, mediante visitas a las instituciones para determinar:

- Tipo de institución
- Fecha de inicio de actividades y proyección de su funcionamiento
- Objetivos de la institución
- Áreas de trabajo de la institución
- Jurisdicciones y comunidades que cubre la institución

**b. Involucramiento de instituciones listadas en el inventario:** El coordinador municipal visita e invita a una reunión para analizar la situación de salud, revisar programas que ofrecen respuesta a la problemática, áreas geográficas cubiertas y la propuesta de extensión de cobertura del MSPAS y otras. Deciden, conjuntamente con cada institución y el coordinador departamental, el área geográfica a cubrir de acuerdo con las condiciones y recursos existentes; elaboran el plan de acción conjunto de acuerdo con la guía del punto 13.

**c. Presentación del SIAS a las autoridades y resto de actores sociales:** El coordinador municipal solicita al alcalde convocar al Consejo de Desarrollo Municipal. Cuando no sea posible, convoca al Consejo Municipal, a comités, asociaciones e instituciones de desarrollo y representantes de otros sectores. Para presentarles la situación de salud, programas que ofrecen respuesta a la problemática, y el SIAS, discuten el apoyo requerido para fortalecer su operacionalización y enfatizan en la organización y participación comunitaria y social para la solución de los problemas prioritarios.

**d. Definición de áreas geográficas a cubrir en el municipio:** El coordinador municipal, en coordinación con el resto de instituciones que realizan acciones de salud determinan, de acuerdo con los recursos disponibles de cada uno, la cantidad de jurisdicciones a cubrir en el municipio por cada uno de los participantes.

## **3. Comunidad**

**a. Visita a las comunidades a fin de identificar las organizaciones Comunitarias existentes en cada una de ellas:** El facilitador institucional visita las comunidades de la jurisdicción bajo su responsabilidad para investigar con los líderes comunitarios la existencia de organizaciones

## (7) グアテマラ・シティ南部保健管区概況

首都管区にある3つのうちの1つであるグアテマラ・シティ南部保健管区には6都市及び11ゾーンがあり、801平方キロメートルの面積を管轄する。合計120万2,623人の住民を担当し、そのうちの13%は農村部、87%は都市部に住んでいる。87%の都市部のうちの21%は都市周辺部である。

住民の37%は15歳以下、そして32%は15歳から44歳の女性である。

保健管区の責任下にあるサービスは、12のセンター、24の保健支所、2つの周辺クリニック、2つの産院、1つの24時間救急センター及び国立リファレンスルーズベルト病院、乳児感染病院、サンピセンテ病院の3つの病院によって成り立っている。

保健管区には合計440人が働いており、計画された活動を実施するため種々のサービスに配置されている。活動は、最も数が多く(69%)弱いということで母子グループを優先とし、特に力点を置いている。

主要なプログラムは、疫病面及び保健省の現政策をベースに決められた個々の介入エリアに適用される。それらは以下のとおりである。

- ①下痢、コレラ及び腸内寄生虫
- ②急性呼吸器感染症及び結核
- ③予防接種
- ④デング熱
- ⑤狂犬病
- ⑥性病及びエイズ

### 主要保健指標

指 標	保健管区	全国
平均寿命	68歳	64歳
出生率	19.92	37.19
出産率	66.30	145.36
一般死亡率	7.70	6.52
乳児死亡率	32.95	54.00
5歳未満児死亡率	8.34	16.86
妊産婦死亡率	0.00	19.0

表 1

罹患の主要原因	主要死因
一般風邪	気管支肺炎
下痢症	下痢症
腸内寄生虫	Paro Cardio-Respiratorio
Anebiasis	Politraumatismo
肺炎	Infarto Agudo del Miocardio

表 2 コレラ 1995～1996

1995		1996	
疑わしい	343	疑わしい	92
確認	33	確認	1

表 3 デング熱 1995～1996

1995		1996	
疑わしい	217	疑わしい	116
確認	199	確認	26

表 4 1995 年実績普及率 1 歳未満

BIOLOGICO	1 年以内に 3 回服用	%
小児麻痺	31,003	93
D P T	30,485	91
はしか	42,519	134
B C G	35,493	106
破傷風		
妊婦 2 回服用	4,400	

表 5 1996 年実績普及率 1 歳未満

BIOLOGICO	1 年以内に 3 回服用	%
小児麻痺	29,865	88
D P T	28,133	83
はしか	33,673	99
B C G	36,716	108
破傷風		
妊婦 2 回服用	5,176	



## (8) グアテマラ・シティ南部保健管区プロジェクト概要

－母子保健に重点を置く都市保健サービス総合システム－

和平、社会経済及び農業に関する合意は国及び地方レベルの公約として特に母子死亡率を1995年の50%に低減することを提起する。

プロジェクトの概要

### 1) 基礎データ

作成日：1997年2月10日

プロジェクトの場所：首都のゾーン8、9、10、11、12、13、14、15及び21の都市部と都市周辺部

プロジェクト名：母子に重点を置く都市保健サービス総合システム

期間：3年

概要提出責任者：ピクトル・マヌエル・メリダ・モナアン  
グアテマラ・シティ南部保健局長

### 2) プロジェクト情報

問題：プロジェクトでは主として母子グループに大きな影響を与えている、サービスの低普及率及び高罹患率と死亡率の問題に取り組む。地方保健システムでは1996年に合計1,373人が死亡し、そのうち267人(2%)が1歳以下の子供であった。出産前のコントロールの普及率は2%で28日以前の死因の一番は、敗血症と早産である。未成年の妊娠、中絶及び無資格の人間による家での出産が多い。破傷風の予防接種の普及率は他の予防接種の中で一番低く17%である。

他方、中間及びローカルレベルで行われるべき容易な問題の70%が第3次レベルの医療サービスとして実施されている。つまり資源の十分な活用がなされずサービスの質を悪くしているのが現状である。医療機関のサービスの利用及びそのサービスから生じる自発的な活動への協力に対する社会参加は保健の場合限られており、権威主義の見本となっている。重要なことは住民が保健問題を解決するため人的及び物理的資源を運用することで、それが現政権が目的及び目標を達成し公約を実行するための基礎である。

－母子サービスを提供する地域の助産婦及び保健プロモーターの発掘、訓練及びフォローを行い、出産のケア、望まなかったあるいはリスクの高い妊娠、出産の危険性の感知及びそのリファレンスを含むリプロダクティブヘルス(母子保健)に対する教育・情報及び指導のための活動を質・量ともに推進する。

－母子サービス提供地域の住民の中で、出産の可能性のあるカップルに対し専門チームが保健医療サービスを提供する。

### プロジェクトの目標

一母子に重点を置き、住民参加及び地方の既存資源を活用した首都の都市部における新しい保健サービスのモデルを開発する。

### プロジェクトの目的：

自主管理と社会評価を通じそれぞれプロジェクトを発展させる組織的な要望書を作成し、社会参加及び地方保健システムを強化する。

### プロジェクトの戦略：

プロジェクトは次の要素で構成される。

- ・住民組織
- ・保健プロモーション
- ・人材の養成
- ・直接ケア

### インフラのフェーズ

- I … 安全な産院
- II … 外来
- III … 24時間救急センター

地方委員会及び郡の母子保健医療サービスだけでなく産婆グループ及びNGOも既存の組織及びインフラを活用する。地方政府をプロジェクトを実施する上で重要な当事者とみなし、機関の間の調整を促進する。

ニーズの優先順位に従い活動の訓練、計画、実施及び評価を進めながら、プロジェクトの目的に合わせて施設を改装する。

保健サービスへの効果的な住民参加が行われなかった理由の1つは、まさに住民の声の届かない中央レベルで決定が行われる中央集権システムに属するユニットの持つ特性にある。

地方システムでは住民組織及び自主管理に基づいて健康障害に対し、住民ニーズにあった質の高い保健医療サービスを受けることができない。保健改革を効果的に推進する上で基礎となる社会参加は大部分がまだ始まったばかりであるが、これら社会（住民組織）の参加はプロジェクトを実施するための土台となる。

### プロジェクトの関連性

保健部門の再整備、統合及び近代化、優先問題の予防及びコントロールに重点を置く保健基本サービスの普及の拡大及びサービスの質の改善、そして、保健サービスの公的管理への参加及び監視に関する1996年/2000年保健政策では保健部門及び機関の調整機構を強化する戦略のもと、保健サービス活動における地方分権及び住民の積極的参加の推進を提起する。このプ

プロジェクトの意図は地方の当事者が発展過程の主役となり住民参加及び住民組織により地方保健システムの発展に関する住民活動のためのサービスを発展させることにある。

### プロジェクトの目的

全般的：和平合意、保健改革及び1996年／2000年保健政策の枠組の中で母子の罹患率及び死亡率を減少させる。

特定の：年間365日、1日24時間、母子サービス提供地域の妊娠に対し専門家の監視のもと、適切な環境の中で熟練した能力のある産婆による出産ケアサービスを提供し、そのサービスが受けられるよう便宜を図る。

表1

現 状	プロジェクト終了時の状況
出産前のコントロール普及率 20%	80%
病院での出産率 80%	20%
破傷風の予防接種率 17%	80%
病院での簡単な病気ケア率 73%	50%
BCG予防接種率 60%	100%
郡の産院での出産率 20%	80%

現 状	プロジェクト終了時の状況
*問題の確認、その解決策の発見と解決のための社会参加の開始	*保健機関のスタッフが開発プロジェクトを実施する地方の計画推進者の役目を果たすところへの参加の普及
*サービスの中央集権化及び第3次医療機関への過重負担、サービスの低品質及びユーザーの不満足	*病院医療サービスの地方分権化及び混雑緩和
*健康問題の解決策をみつけるための機関との間及び地方政府との調整の開始	*ケアを最も必要とする住民に重点を置くケアの質の向上
*サービスの自主管理と運営のための熟練人材の必要性	*第1次及び第2次レベルのサービスのケアと運営能力を持ったコミュニティのメンバー *プロジェクトの自主持続性

## 関係者

保健省は、問題としてサービスの中央集権化があり、そのために住民への質の良いサービスの提供が難しいことを確認した。これらの4年間の保健改革と政策の公約の中にサービス網の再編成と地域住民のこの改革プロセスへの積極的な参加が含まれる。また一方では委員会、熟練産婆組織及び地方NGOはプロジェクトの関係者である。

## プロジェクトの地理的管区と参加グループ

プロジェクトの地理的管区は首都のゾーン8及び13に位置する地方保健システムである。そのシステムにはゾーン9、10、11、12、13、14、15及び21が含まれ、更にルーズベルト病院及び総合病院の母子サービスのリファレンスを引き受ける。

17万6,616人の住民を管轄し、そのうちの約50%（8万人）は国内の人口移動の結果、資源の少ない都市の周辺部に住んでいる。

女性	199,916人
男性	190,479人
合計 住民	390,395人

## 保健部門におけるその他の協力者及びプログラム

保健省は、プロジェクトに関係のある首都圏レベルのサービス網再編成並びに社会、地域住民及び機関の参加（S I A S）により、住民100%へのサービス普及、拡大プログラムを進めている。

## 仮定及びリスク

プロジェクトの目的が達成できるかどうかは基本的に推進者（facilitador）の態度及び基準、政府の公約実施における政治支援、及び必要な資金力による。

## 人 材

プロジェクトの実施及び運営のために次の人材が必要である。

・検査技師	4人	・本看護婦	10人
・ソーシャルワーカー	1人	・監督者	12人
・秘書	4人	・準看護婦	10人
・放射線技師	6人	・医者	10人
・産婆	8人		

表2 予算スキーム

構成要素	人材	投入資材	メンテナンス	インフラ
住民組織	55,000.00	50,000.00		
保健プロモーション	110,000.00	100,000.00		
人材養成	55,000.00	50,000.00		
直接ケア	1,280,000.00	500,000.00		
合計	1,500,000.00	700,000.00	600,000.00	1,200,000.00

プロジェクトの初期融資：4,000,000.00 ケツツアル

投資：1,200.00 ケツツアル

運営：2,800.00 ケツツアル

保健省からの融資：

2,800.00 ケツツアル 人件費、投入資材、メンテナンス

必要な融資：

1,200.00 ケツツアル インフラ及び機材

すべての過程で技術支援が必要とされる。











JICA