

Estudio de recopilación de información en el sector de salud

Informe de País Republica de Guatemala

Octubre 2012

**Agencia de Cooperación Internacional del Japón
(JICA)**

KRI International Corp.

TAC International Inc.

HM
JR
12-136

**Estudio de recopilación de información
en el sector de salud**

**Informe de País
Republica de Guatemala**

Octubre 2012

**Agencia de Cooperación Internacional del Japón
(JICA)**

KRI International Corp.

TAC International Inc.

Tipo de cambio

1 USD= 7.66 Quetzal

(Tipo de cambio de JICA en julio de 2012)

Este informe fue preparado para dar asistencia a la operación de JICA en el sector de salud, via programa de estrategia.Sin embargo, los contenidos de este informe se complementarán con datos actualizados y con información más detallada, ya que el presente Informe se ha elaborado en base a la revisión de información existente sin realizar visitas de campo, excepto en unos países.

Introducción

< Contexto del presente estudio >

El entorno que rodea al sector de salud de los países subdesarrollados ha cambiado de manera significativa en el año 2000. La AOD (Asistencia Oficial para el Desarrollo) duplicó en 21,8 mil millones de US\$ el 2007 que fue 10,9 mil millones US\$ el 2001 aumentando grandemente la inversión al sector de salud por los países cooperantes con las propuestas como “Macroeconomía y Salud¹”, etc. hacia el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de cada país subdesarrollado². En otro lado, se ha establecido el sistema de apoyo formando un marco común para cada país sobre la armonización de la asistencia a través del Foro de alto nivel para la armonización de ayudas realizadas en Roma (2003), París (2005) y Accra (2008).

A pesar de estar ocurriendo el cambio favorable, mencionado arriba, para el sector de salud de los países subdesarrollados, existen muchos países y regiones donde no se ven los resultados esperados, como no tener expectativa en el logro del objetivo 4 (Reducir la mortalidad infantil), el objetivo 5 (Mejorar la salud materna) y el objetivo 6 (Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades) hasta 2015 sobre todo en África al sur del Sahara. Por lo tanto, los temas para el desafío del sector de salud en los países subdesarrollados, están enfocados no solo en lograr la cobertura universal³ que puede recibir el servicio de salud de toda la población aumentando la inversión financiera, al mismo tiempo, realizar el esfuerzo continuo hacia el mecanismo de inversión financiera sin depresión económica (More Money for Health⁴), también cómo mejorar la cobertura del servicio de salud y el nivel de resultado (More Money for Health⁵) en la inversión al sector de salud.

En el cambio mencionado del entorno en el sector de salud de los países subdesarrollados, JICA avanzó en la elaboración del documento de análisis por país (AnalyticWork) de forma macro y de sector del país en general para mostrar claramente la dirección de la cooperación de JICA. El presente estudio se ocupa de la posición para contribuir al análisis del sector. Hasta la fecha JICA ha venido avanzando en la cooperación a través del análisis centrado en el tema específico del país en particular, sin embargo, la información de dicho sector tiene tendencia a centrarse en la información del entorno de los proyectos de cooperación existentes. Por lo tanto, se identificó la necesidad de recolectar información más amplia.

< Objetivo del estudio >

El análisis del sector de salud sirve para comprender la situación de salud y los factores determinantes, y la capacidad ejecutora del sector de salud por país. Y también, puede contribuir a la elaboración de la política y el plan necesario para su realización, además de la formación del programa o/y proyecto de intervención con alta prioridad basado en el análisis del problema. Paradójicamente, quiere decir que se tiene la necesidad de realizar el análisis del sector de alta calidad no solamente una vez, sino periódicamente para formular el programa o/y proyecto con gran impacto y alta prioridad de acuerdo a la necesidad, y obtener la alta efectividad por su realización. En base a esta situación y comprensión, se ha realizado el presente estudio del sector de salud con el objetivo de mejorar la estrategia y calidad de la cooperación de JICA, presentando la propuesta sobre el direccionamiento de la cooperación de JICA en este sector, a través, de realizar un análisis integral y por país sobre la situación actual del sector de salud, los desafíos y sus factores, y las políticas prioritarias del país en los 23 países objetos del estudio.

< Estructura del informe >

El presente informe compone lo siguiente; En el capítulo 1, se analizó y resumió la situación general del aspecto socio-económico de cada país. En el capítulo 2, se examinó sobre el contenido de la política nacional de desarrollo y el plan que se muestra en el esfuerzo al fortalecimiento del sector de salud del estado. En el capítulo 3, se analizó la situación de salud de la población por año y se aclaró “¿Dónde estamos ahora?”. En el capítulo 4 y 5, se analizó el servicio y el sistema del sector de salud desde la perspectiva de eficiencia, calidad e igualdad por el rol del sector. Se realizó la comprensión actual y el análisis sobre el rol de suministro del servicio médico en el capítulo 4, y el rol de desarrollo humano en salud, información de salud, el suministro de establecimiento de salud, equipos médicos y medicamentos, el recurso financiero en salud y la gestión administrativa y supervisión en el capítulo 5. En el capítulo 6, se identificó la situación de cooperación de cada donante. En el capítulo 7, se mostró el direccionamiento de la asistencia y cooperación de JICA hacia el sector de salud en base al resultado de los análisis mencionados.

¹ Lo que propone la importancia del rol del sector de salud en el desarrollo a través del análisis macroeconómico, considerando el mejoramiento del problema médico y de salud como la intervención central para la reducción de pobreza y el desarrollo socioeconómico en “Microeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico” publicado por la OMS en diciembre de 2000. (<http://www.who.int/macrohealth/en/>)

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; Junio 2009, Financiación en salud mundial: El seguimiento de la ayuda al desarrollo de la salud desde 1990 a 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

³ OMS define “Es que toda persona pueda tener el acceso a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) suficientemente y de acuerdo a la necesidad sin tener el cargo económico significativamente”. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)

⁴ Se ha recomendado la necesidad de tomar medidas para incrementar el recurso financiero para el sector de salud como poner prioridad en la política nacional, ingresos de los impuestos y el sistema de seguro, creación de la fuente de financiamiento, etc. en World Health Report 2010 (OMS).

⁵ En el dicho informe, recomienda la necesidad de demostrar de manera eficiente el efecto de inversión en el sector de salud y expandir el servicio de salud por la eficiencia el sistema de salud

Glosario

Abreviación	En inglés y español
AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
CARSI	Central America Region Security Initiative/ Iniciativa Regional de Seguridad para América Central
CC	Centro Comunitario
CCT	Conditional Cash Transfers/ Transferencia monetaria condicionada
CDC	Centers for Disease Control and Prevention / Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CENAPA	Centro de Atención del Paciente Ambulatorio
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CS	Centro de Salud
DAS	Dirección Departamental de Área de Salud
DMS	Distrito Municipal de Salud
DPT	Difteria, Tosferina, Tétanos
ELCSA	Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FAO	Food and Agriculture Organization / Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FMI	Fondo Monetario Internacional
FTF	Feed the Future /Alimentar el Futuro
G13	Group 13 / Grupo 13
GCC	Global Climate Change/ Cambio Climático Global
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguro Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
JICA	Japan International Cooperation Agency/ Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MARN	Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales
MBS	Modelo Básico de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Mifapro+	Mi Familia Progresiva
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Abreviación	En inglés y español
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PS	Puesto de Salud
PSF	Puestos de Salud fortalecidos
SEGEPLAN	Secretaría de la Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SIVIM	Sistema de Vigilancia de la Malnutrición en Guatemala
TBA	Traditional Birth Attendant/ Partera tradicional
UE	Unión Europea
UM	Unidades Mínimas
UNFPA	United Nations Population Fund /Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	United Nations Children's Fund/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	United States Agency for International Development/ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WFP	World Food Programme/ Programa mundial de Alimentos



Fuente: http://english.freemap.jp/americas_e/index.html

Republica de Guatemala

Resumen

1. En Guatemala terminó la guerra civil después de mucho tiempo por el acuerdo de paz concluido en 1996, sin embargo, continúa la situación inestable en lo político y social. El 75% de la población vive por debajo del lineamiento de pobreza. Por otro lado, existe gran diferencia entre los pobres y los ricos. Es prohibido la reelección de presidente y el poder político cambia cada 4 años. El gobierno de Pérez Molina inicio en enero de 2012, sin embargo, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ha cambiado dos veces su ministro hasta junio de 2012 que realizó el presente estudio y aun continua el cambio organizativo.
2. En el Plan de Gobierno de la gestión de Pérez Molina se enfatiza en el desarrollo social enfocado a las poblaciones indígenas y a los pobres, tiene el lineamiento básico de reducción de pobreza y mejoramiento de seguridad pública, fortaleciendo la relación económica con el exterior como invitación de las inversiones extranjeras, y fortaleciendo la cooperación con los países vecinos. Además, la salud y nutrición está incluido en los 7 sectores prioritarios en el “Direccionamiento estratégico político” anunciado en febrero de 2011.

En el “Lineamiento de estrategia de salud a mediano plazo 2012- 2015” anunciado en febrero de 2012, están tomadas en cuenta como temáticas prioritarias la seguridad alimentaria y nutrición, salud reproductiva, agua e higiene, medidas contra infecciones de transmisión sexual, y medidas contra el dengue, malaria y tuberculosis, etc., se propone el modelo básico de salud (MBS) con los 3 ejes del rol de rectoría del MSPAS definiendo los temas prioritarios siguiendo a los ejes en “Plan Estratégico Nacional de Salud 2012-2016” elaborado en mayo de 2012.

Por otra parte, en cuanto al problema de nutrición se inició el programa de “Hambre Cero” que cuenta con 13 medidas intersectorial como tema importante del país y transversal de los sectores.

3. Está estructurada en forma mixta enfermedad infecciosa como no infecciosa, porque aunque se está propagando las enfermedades no infecciosas en los últimos años, aún se presentan la mayor proporción de las enfermedades infecciosas.

Referente a la situación de la salud materna e infantil, se puede observar la diferencia entre los lugares de residencia y las etnias, como la tasa de mortalidad materna que es más alta en las poblaciones indígenas y en cuanto a la tasa de mortalidad infantil existe la diferencia entre el área urbana y rural. La tasa global de fecundidad es más alta en Centro y Sudamérica, y existen muchos casos de embarazo juvenil. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es más alta que otros países alrededores, también muestra una gran diferencia entre el área urbana y rural. Por otra parte, hay una tendencia de mantener baja mortalidad de niños, mientras la madre tiene alto nivel de educación.

El número de nuevas infecciones de VIH/SIDA esta creciendo, especialmente a lo largo de la carretera principal y en la zona turística, pudiendo observar que las infecciones mas altas son de entre las edades de 25 a 29 años. Las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua, Malaria y Dengue todavía están amenazando a la salud. Aproximadamente en el 50% de los niños menores de 5 años están con la

desnutrición crónica y en algunos departamentos donde viven muchos indígenas se muestra más del 70%.

4. En cuanto a la Atención Primaria de Salud (APS), se realiza el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) especialmente en el área rural, mediante terciarización a las ONGs operado por el apoyo financiero de los cooperantes. Actualmente el MSPAS y los cooperantes involucrados, están analizando el modelo de atención integral en salud (MAIS) optimizando el uso de los organismos de administración en salud rural y los establecimientos de salud existentes.

Las mujeres embarazadas que han recibido el control prenatal más de una vez son el 60 %, y la tasa de atención del parto por personal calificado es más bajo que los países vecinos. Acerca de la difusión sobre la anticoncepción, se puede observar que están desarrolladas actividades de promoción en el área rural.

Por otra parte, en cuanto al problema de nutrición, que es el tema más importante del país, se tiene el plan de realizar estratégicamente iniciando el programa “Mi Bono Seguro”, que es la transferencia monetaria condicionada (CCT) en el marco del programa de “Nutrición Cero”, también se realiza el programa “Ventana de 1000 días”, medida enfocada a las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años.

5. El número de médicos en los establecimientos de salud públicos por 10 mil habitantes es 3,8 personas y el número de enfermeras es 9,7 faltando el número absoluto de personal de salud. En cuanto a la forma de contratación de los recursos humanos de salud en el MSPAS, aproximadamente la mitad es personal contratado que dificulta asegurar los recursos humanos en forma estable. Además de tener el problema para asegurar los recursos humanos y su asignación incluyendo el problema de los recursos humanos de salud se concentran en el área metropolitana, además tiene alta tasa de deserción en las instituciones de formación de recursos humanos, por lo tanto, existe el margen para mejorar la formación de recursos humanos.

En cuanto a los establecimientos de salud está clasificado en tres tipos que son; el tercer nivel que son los hospitales de referencia nacional, hospitales especializados y hospitales de referencia regional, el segundo nivel que son centros de salud que no cuenta con salas de internación y el primer nivel que son puestos de salud. El primero y segundo nivel existe en forma mezclada los establecimientos de salud con diferentes denominaciones y roles que fueron instalados mediante el programa. Aparte de establecimientos administrado por el MSPAS, existe establecimientos administrados por IGSS y establecimientos privado que el MSPAS otorga la licencia, pero no hay relación colaborativo entre estos establecimientos y los establecimientos administrados por el MSPAS, no están incluidos en el sistema de información en salud.

La proporción del gasto en salud en el Producto Interno Bruto (PIB) en 2010 es 6,9% y es el índice mas bajo dentro de los países de Centro y Sudamérica. Aproximadamente el 60% del gasto del MSPAS se ocupa en el gasto de personal e insumos, y el porcentaje que ocupa por el gasto de mantenimiento y

construcción del establecimiento de salud son bajos. La proporción de la carga de cada paciente en el gasto total en salud es alta, y es fuerte la carga para la población.

6. En cuanto a la coordinación con los donantes, en la reunión del alto nivel entre los del Grupo 13 y el gobierno de Guatemala, el sector de salud se definió en ser una de las 6 áreas para promover la coordinación de apoyo de manera prioritaria. JICA también participa en 2 reuniones por el tema del “Sector de salud” y “Seguridad Alimentaria y Nutrición” establecidos por los cooperantes involucrados. Ha venido coordinando sobre el contenido de apoyo, etc. con miras al futuro entre cada cooperante y el MSPAS debido a la inauguración del nuevo gobierno. (En junio de 2012)
7. Como el tema más prioritario de la salud de la población, puede mencionarse el aumento de la demanda de los servicios de salud por la inmigración de la población a las áreas urbanas y falta de establecimientos y personal de salud en las áreas rurales. Para atender esta situación, puede considerarse que hay necesidad de impulsar la expansión de la cobertura mediante el fortalecimiento de servicio de salud. También existe el problema acerca de la ampliación y remodelación de los establecimientos y desarrollo de los recursos humanos, por lo tanto hay la necesidad de elaborar el plan a mediano o a largo plazo.

Además, se tiene los temas de carácter de “soft” como la reconstrucción de la red de servicios de los establecimientos de salud y la construcción del modelo APS (Atención Primaria de Salud). Puede considerarse que el Japón tiene la posibilidad de cooperar en el apoyo al mejoramiento de la infraestructura de los hospitales, aprovechando las experiencias adquiridas en las actividades para la nutrición y los resultados obtenidos de las cooperaciones.

Estudio de recopilación de información en el sector de salud

Informe de País República de Guatemala

Índice

Introducción

Glosario

Mapa

Resumen

Capítulo 1	Situación general.....	1-1
Capítulo 2	Política de desarrollo	2-1
2.1	Política nacional de desarrollo.....	2-1
2.2	Plan de desarrollo del sector de salud.....	2-2
Capítulo 3	Estado de salud poblacional.....	3-1
3.1	Situación general	3-1
3.2	Salud materna e infantil	3-3
3.2.1	Salud materna	3-3
3.2.2	Salud infantil.....	3-4
3.3	Situación de las enfermedades infecciosas	3-5
3.3.1	Infección de transmisión sexual (incluye el VIH/ SIDA)	3-5
3.3.2	Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores	3-7
3.3.3	Tuberculosis.....	3-8
3.3.4	Agua e higiene (Infección intestinal e infección respiratoria)	3-8
3.4	Nutrición y salud.....	3-8
3.4.1	Estado nutricional de niños.....	3-9
3.4.2	Anemia en niños	3-10
3.4.3	Anemia de mujeres	3-10
3.5	Situación de las enfermedades no infecciosas	3-11
Capítulo 4	Situación de la oferta de los servicios de salud.....	4-1
4.1	Situación actual de la Atención primaria de Salud (APS).....	4-1
4.2	Situación de los servicios de salud materna e infantil	4-3
4.2.1	Situación de la oferta y uso de los servicios de salud y atención a las mujeres embarazadas	4-3
4.2.2	Planificación familiar.....	4-4
4.2.3	Situación del servicio de Programa Ampliado de Inmunización (PAI).....	4-5
4.3	Situación actual de las medidas contra enfermedad infecciosa	4-5
4.3.1	Medidas contra infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.....	4-5
4.3.2	Medidas contra enfermedades infecciosas transmitidas por vectores	4-5
4.4	Medidas contra problemas de nutrición.....	4-6

Capítulo 5	Situación del sistema de salud	5-1
5.1	Administración de salud	5-1
5.1.1	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	5-1
5.2	Recursos humanos en salud	5-2
5.3	Establecimientos de salud.....	5-3
5.3.1	Red de establecimientos de salud	5-3
5.3.2	Situación de acceso al servicio	5-6
5.3.3	Administración de los establecimientos de salud	5-7
5.3.4	Sistema de suministro de los medicamentos.....	5-7
5.4	Financiamiento de salud	5-7
5.4.1	Situación general del financiamiento de salud.....	5-7
5.4.2	Política de protección social	5-8
5.5	Sistema de suministro de información de salud.....	5-8
Capítulo 6	Situación de los cooperantes.....	6-1
6.1	Marco de coordinación de cooperación	6-1
6.1.1	Coordinación de cooperación en Guatemala	6-1
6.1.2	Situación de los cooperantes en el sector de salud.....	6-1
6.1.3	Situación de cooperantes principales	6-1
6.2	Resultados de la cooperación japonesa.....	6-4
Capítulo 7	Temáticas priorizadas y recomendaciones en el Sector de Salud	7-1
7.1	Temática priorizada en el sector de salud en Guatemala	7-1
7.1.1	Problemas importantes en el tema de salud poblacional.....	7-1
7.1.2	Factores que están en el fondo (cuello de botella)	7-2
7.1.3	Medidas tomadas por el Gobierno de Guatemala y de los cooperantes.....	7-3
7.2	Posibilidad de cooperación al sector de salud en Guatemala.....	7-3

Documento adjunto

Adjunto 1: Indicadores principales en el sector de salud

Adjunto 2: Lista de Bibliografía

Índice de figuras y cuadros

Figura 1-1	División por región de la República de Guatemala.....	1-2
Figura 3-1	Causas principales de la mortalidad por género.....	3-2
Figura 3-2	Tasa de mortalidad maternal por zona, etnia y nivel de educación (por 100 mil nacidos vivos) (2011).....	3-3
Figura 3-3	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por departamento (por 100 mil nacidos vivos) (Enero–noviembre, 2011).....	3-4
Figura 3-4	Tasa total de nueva infección del VIH/ SIDA por región.....	3-6
Figura 3-5	Relación entre las carreteras principales y el número de infectados por el VIH (Número total de infección informada de 1984 a 2010).....	3-6
Figura 3-6	Número total de infectados con el VIH por género y grupo de edad (1984-2009).....	3-7
Figura 3-7	Proporción de niños (6-59 meses) con desnutrición crónica por departamento.....	3-9
Figura 3-8	Anemia de niños (6-59 meses) por grupo de edad (Hb<11g/gL).....	3-10
Figura 3-9	Anemia de mujeres (15- 49 años) por zona.....	3-11
Figura 3-10	Causas de mortalidad por enfermedades no infecciosas (2011).....	3-11
Figura 4-1	Zona priorizada del MAIS.....	4-2
Figura 4-2	Transición de tasa de tenencia de conocimiento del método anticonceptivo de mujeres (15-49 años).....	4-4
Figura 5-1	Organigrama del MSPAS.....	5-1
Figura 5-2	Sistema de referencia de los establecimientos de salud.....	5-4
Figura 5-3	Transición del gasto en salud (Unidad: un millón de Quetzal).....	5-7
Figura 5-4	Red de información epidemiológica.....	5-9
Figura 7-1	Problemas y antecedentes en el sector de salud en Guatemala.....	7-1
Cuadro 1-1	Indicadores principales, etc. de Guatemala.....	1-1
Cuadro 2-1	Lineamiento estratégico del sector de salud hacia la política nacional.....	2-1
Cuadro 2-2	Temas prioritarios de la estrategia a mediano plazo.....	2-2
Cuadro 2-3	Temas importantes del Plan Estratégico Nacional de Salud 2012-2016.....	2-2
Cuadro 3-1	Enfermedades principales (2011).....	3-1
Cuadro 3-2	Estado previsional para lograr el ODM 4, 5 y 6.....	3-2
Cuadro 3-3	Transición de la tasa de natalidad.....	3-3
Cuadro 3-4	Mortalidad infantil y de niños menores de 5 años por zona residencial, región, etnia y nivel de educación de la madre (2008-2009).....	3-5
Cuadro 3-5	Transición de diarrea e infección respiratoria aguda.....	3-8
Cuadro 3-6	Estado nutricional de niños (6-59 meses) que se ve en el crecimiento físico.....	3-10
Cuadro 4-1	Lugar del control prenatal por zona residencial, región, etnia y nivel de educación y economía de mujeres embarazadas (%) (2008-2009).....	4-3
Cuadro 4-2	Transición de porcentaje del personal que atiende el parto y la atención de parto por la persona calificada en parto por zona residencia (%).....	4-4
Cuadro 4-3	Situación de la cobertura de inmunización.....	4-5
Cuadro 5-1	Transición del número de recursos humanos por categoría de profesión que pertenecen al MSPAS.....	5-2
Cuadro 5-2	Resumen de las instituciones de formación de recursos humanos en salud.....	5-3
Cuadro 5-3	Categoría y número de establecimientos de salud que pertenece al MSPAS.....	5-5
Cuadro 5-4	Categoría de establecimientos de salud que pertenece al IGSS.....	5-6
Cuadro 5-5	Cobertura de población cubierta de cada sector de salud (2006).....	5-6
Cuadro 5-6	Transición de indicadores de financiamiento en salud.....	5-8
Cuadro 6-1	Campo de cooperación priorizada por los principales cooperantes.....	6-2

Capítulo 1 Situación general

La República de Guatemala (desde adelante Guatemala) estuvo en guerra civil durante muchos años, sin embargo después de 16 años, el 1986, logró la transición a un gobierno civil. En otro lado, firmó el “Acuerdo de Paz” entre el gobierno y la guerrilla antigubernamental (URNG : Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca) y terminando así la guerra civil más larga de Centroamérica que duró 36 años. Se muestra los indicadores principales de Guatemala en el cuadro 1-1.

La población y la superficie terrestre es la más alta de Centroamérica. La parte económica pertenece al grupo mediano junto con El Salvador, sin embargo, en la parte de seguridad social y política de la sociedad guatemalteca todavía está en situación inestable. 6.232 personas murieron asesinadas por organizaciones criminales y la delincuencia en general y, más de 400 personas fueron secuestradas el 2008. En otro lado, es el país está en una zona volcánica y tiene la amenaza permanente por desastres naturales como el terremoto, el daño por inundación en la época de lluvia, etc.

En Guatemala se prohíbe reelegir al presidente, en enero de 2012 recién se puso en marcha el actual gobierno, siendo el partido de poder de nombre Partido Patriota de tendencia derecha (el anterior gobierno fue de centro izquierda). Es un país agrícola, cuya economía es ocupada por la agricultura en un cuarto del producto nacional bruto y en dos tercios de la exportación, además la mitad de la población activa trabaja en agricultura.

Cuadro 1-1 Indicadores principales, etc. de Guatemala

Indicador	Número	Año
Población (persona)	14.389.000	2010
Tasa de crecimiento (%)	2,5	2010
Promedio de vida (Esperanza de vida al nacer) (Año)	70,8	2010
Tasa de natalidad bruta (por 1000 habitantes)	32,3	2010
Tasa de mortalidad bruta (por 1000 habitantes)	5,5	2010
Ingreso nacional bruto per cápita (INB) (US\$)	1.810	2010
Tasa de crecimiento económico (%)	2,8	2010
Tasa bruta de matriculación en primaria (%)	98,6	2010
Índice de desarrollo humano	0,66*	2011
Posición en el índice de desarrollo humano (dentro de los 187 países)	131*	2011

Fuentes: World Development Indicators & Global Development Finance [1]

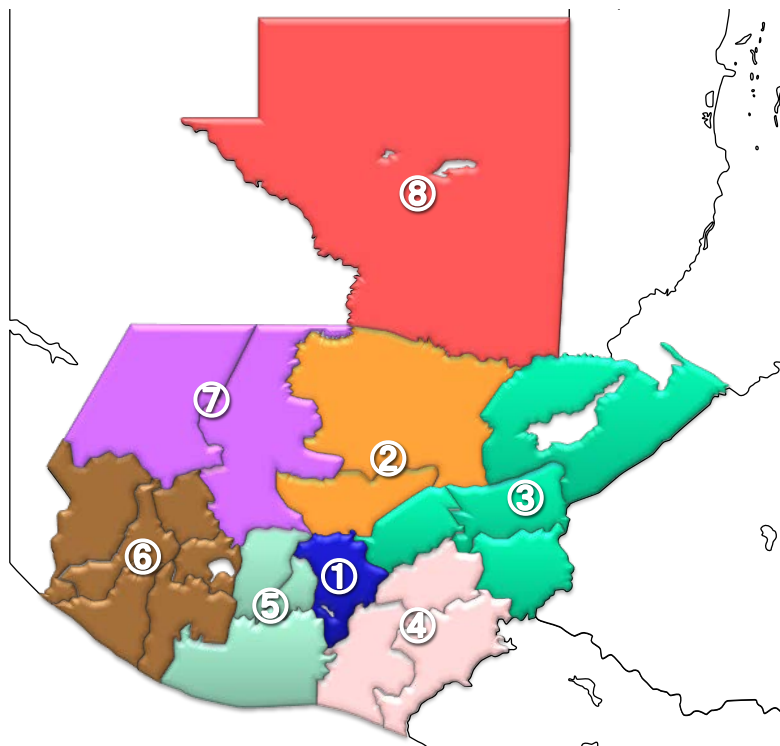
*Human Development Reports [2]

El problema de pobreza ha sido constante y el nivel de vida de la población es bajo en general. La diferencia entre los pobres y los ricos es grande. El 10% de la población se ocupa el 42,6% del ingreso de la población en general [1] y en otro lado el 53,71% de la población permanece en la pobreza [3].

Guatemala administrativamente se divide en 22 departamentos y 334 municipios. La población indígena maya que se ocupa cerca del 40% de la población, se establece en el noreste en forma mosaico y existen grandes diferencias entre las regiones. También, existe gran diferencia de pobreza entre la zona urbana y la zona rural, en la zona rural los pobres llegan hasta el 76% [3]. La mayoría de la población rural ha emigrado a la zona urbana por la guerra civil y el terremoto de Guatemala de 1976, sin embargo, aún el 51% de la

población reside en la zona rural [1]. Por otro lado, la mayoría de las ciudades principales se ubica en la mitad sur del país.

Se impulsó la política de descentralización desde 1985 y el autogobierno central de la descentralización es el municipio. En otro lado, en el desarrollo rural se establecen 8 regiones que se forman de uno o varios departamentos. (Figura 1-1)



	Región	Departamento
1	Metropolitana	Guatemala
2	Norte	Alta Verapaz, Baja Verapaz
3	Noreste	El Progreso, Izabal, Zacapa, Chiquimula
4	Sureste	Santa Rosa, Jalapa, Jutiapa
5	Central	Chimaltenango, Sacatepequez, Escuintla
6	Sudoeste	Sololá, Totonicapan, Quetzaltenango, Suchitepequez, Retalhuleu, San Marcos
7	Noroeste	Huehuetenango, Quiché
8	Peten	Peten

Figura 1-1 División por región de la República de Guatemala

Capítulo 2 Política de desarrollo

2.1 Política nacional de desarrollo

En Guatemala se considera el “Acuerdo de paz” de 1996 como el plan de desarrollo a mediano y largo plazo. Por lo tanto, actualmente Guatemala no cuenta con un nuevo Plan nacional de desarrollo. Como equivalente al plan de desarrollo nacional, se elabora el Plan de Gobierno cada 4 años desde 1985 basado en la política neoliberal. La Secretaría de la Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) que es la entidad elaboradora del desarrollo de Gobierno, prioriza la elaboración del plan de desarrollo regional a mediano y largo plazo con el proceso de participación. El plan de desarrollo sectorial como el de salud es elaborada en cada institución administrativa correspondiente en base a dicho plan regional.

El Plan de Gobierno del actual gobierno iniciado en enero de 2012, enfatiza la necesidad de construir el país mediante el diálogo nacional enfocando a impulsar el desarrollo social en base a la necesidad de los pobres y los indígenas. El lineamiento básico se compone en cuatro ejes; (1) Solidaridad: Reducción de la pobreza y la disparidad económica, (2) Capacidad de rectoría: Mejoramiento de seguridad pública mediante las medidas contra la delincuencia organizada Maras (Grupo de delincuencia juvenil), establecimiento del constitucionalismo mediante el fortalecimiento de la justicia, etc. (3) Productividad: Invitar a las inversiones extranjeras, impulsar la exportación, etc. y (4) Diplomacia: Fortalecimiento de la colaboración institucional con los EE.UU. y los países vecinos [4].

En otro lado, el acuerdo a las Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014 que presentó la SEGEPLAN un año antes del anuncio del Plan de Gobierno (Febrero de 2011), menciona los 7 sectores que se deben direccionar estratégicamente estos son Desarrollo económico, Seguridad de alimento y nutrición, Educación, Salud, Seguridad y justicia, Desarrollo rural y democratización, y Medio ambiente [5].

En el direccionamiento estratégico mencionado arriba, en el cuadro 2-1, está mostrado el contenido de los artículos del sector de salud. En cuanto al plan concreto de cada uno de ellos, se mencionará en el “Capítulo 4 Situación de la oferta de los servicios de salud” Se enfatiza el tema sobre la salud materna e infantil en el sector de salud y el tema sobre nutrición se refuerza en “Alimento y nutrición”.

Cuadro 2-1 Lineamiento estratégico del sector de salud hacia la política nacional

Direccionamiento estratégico
<ul style="list-style-type: none">• Expansión de los servicios, suministro de los medicamentos, vigilancia epidemiológica y fortalecimiento de la salud integral infantil considerando el estado nutricional.• Ampliación de la cobertura de inmunización y aseguramiento de los insumos como medicamentos, etc. para los proveedores de servicio de salud.• Reducción de la tasa de mortalidad neonatal mediante las medidas contra enfermedades, ampliación del banco de leche materna y prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.• Reducción de la tasa de mortalidad materna mediante la vigilancia epidemiológica, el aseguramiento de medicamentos, el mejoramiento de la capacidad técnica y la coordinación efectiva entre las organizaciones.• Mejoramiento de la calidad del parto institucional.• Mejoramiento de la calidad de control pre y post-natal mediante el fortalecimiento del proceso de monitoreo, supervisión y evaluación respetando la norma.

Fuente: Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014, SEGEPLAN [5]

2.2 Plan de desarrollo del sector de salud

Después de inaugurarse el actual gobierno, en enero de 2012, se cambió 2 veces al ministro en el MSPAS y en cada vez se cambió al responsable de cada dirección. Actualmente desde julio de 2012, se está realizando la elaboración y revisión del nuevo plan estratégico de salud y los programas de salud con el tercer ministro de salud del actual gobierno.

De acuerdo a los Lineamientos Estratégicos del MSPAS 2012-2015 anunciado en febrero de 2012, se menciona los siguientes temas priorizados mostrados en el cuadro 2-2 [6].

Cuadro 2-2 Temas prioritarios de la estrategia a mediano plazo

- Seguridad alimentaria y medidas de nutrición.
- Salud reproductiva
- Agua e higiene
- Medidas contra infección de transmisión sexual (en particular VIH)
- Medidas contra el dengue, la malaria y el tuberculosis.
- Control de salud integral de niños y adolescentes.
- Apoyo al género e intercultural

Fuente: Lineamientos Estratégicos del MSPAS 2012-2015 [6]

En los lineamientos estratégicos de salud a mediano plazo, se propone el Modelo Básico de Salud (MBS) que tiene 3 ejes que son; la función de supervisión, el seguimiento y control de salud y los servicios de salud del MSPAS.

Observando el Plan Estratégico Nacional de Salud 2012-2016 (Documento preliminar) elaborado en mayo de 2012, se enlista los temas importantes de acuerdo a los 3 ejes del MSPAS como se menciona en el siguiente cuadro;

Cuadro 2-3 Temas importantes del Plan Estratégico Nacional de Salud 2012-2016 (Documento preliminar)

Función de supervisión del MSPAS
<ul style="list-style-type: none">• Mejoramiento de la capacidad institucional.• Desarrollo estratégico de los recursos humanos de salud.• Coordinación interinstitucional de salud e intersectorial.• Fortalecimiento financiero de salud.
Seguimiento y control de salud
<ul style="list-style-type: none">• Control y registro de los medicamentos y alimentos.• Agua segura y salud ambiental.• Vigilancia epidemiológica confiable.
Servicios de salud
<ul style="list-style-type: none">• Ofrecimiento de los servicios.• Medicamentos genéricos esenciales.• Medicina tradicional

Fuente: Plan Estratégico Nacional de Salud (Documento Preliminar) 2012-2016 [7]

En otro lado, en cuanto al problema de nutrición, se definió como tema importante a nivel nacional y sectorial ampliamente incluyendo al sector de salud. En febrero de 2012 se inició el programa de “Hambre Zero”. El Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional que se encarga de este programa está conformado por el Secretario de la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Presidencia de la República, el Ministro del MSPAS, el Ministro de Desarrollo Social y el Ministro del Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Capítulo 3 Estado de salud poblacional

3.1 Situación general

En la región de centro y Sudamérica en general se aumentó la proporción de las enfermedades no infecciosas en la mortalidad total al 72,0% (2008) y cambió la estructura de enfermedad del tipo infeccioso al tipo no infeccioso que es típico de los países en vías de desarrollo. En Guatemala aunque se esté disminuyendo la proporción de las enfermedades infecciosas, todavía ocupan el 40% de las enfermedades del total y es el primera causa de mortalidad [8]. En otro lado, aumentaron las enfermedades no infecciosas y puede decirse que Guatemala tiene una estructura mezclada entre enfermedades infecciosas y no infecciosas. La tasa de mortalidad materna e infantil es alta y, la tasa de mortalidad de niños se muestra alta siguiendo a Haití y Bolivia [9]. Además el desastre natural característico de un país volcánico o los daños provocados por la violencia relacionada con el tráfico de droga también amenazan la situación de salud de la población de Guatemala.

De acuerdo a los datos del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS, las enfermedades principales por género en el número total de consulta nueva de los 4.490.279 casos de todos los establecimientos de salud en 2011, se muestra en el cuadro 3-1 [10].

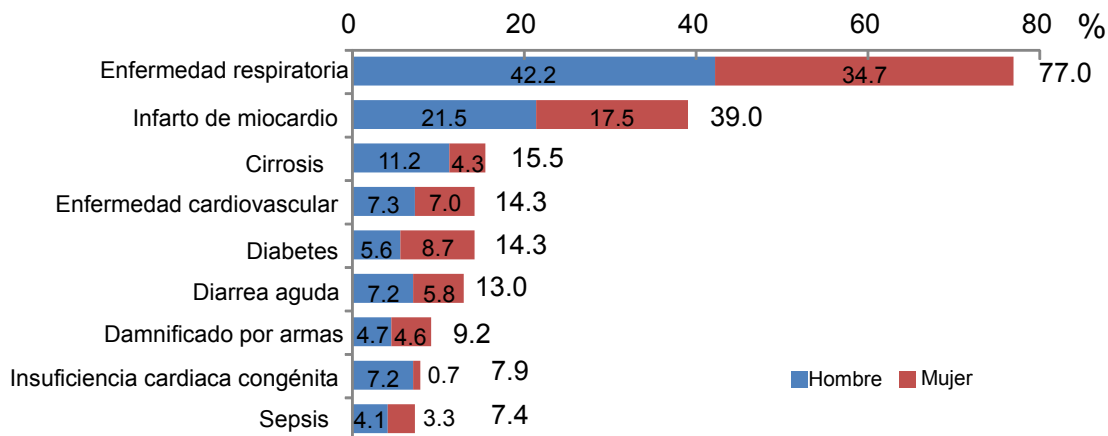
Cuadro 3-1 Enfermedades principales (2011)

Nombre de enfermedad	Femenina (Número de consulta nueva)	Masculino (Número de consulta nueva)	Total (Número de consulta nueva)
Enfermedad respiratoria aguda	1.234.579	903.224	2.137.803
Parasitosis	304.669	147.003	451.702
Gastritis	254.182	145.667	399.849
Infección de uréter	242.913	61.754	304.667
Diarrea aguda	144.398	126.247	270.645
Anemia	119.751	41.521	161.272
Dolor de cabeza	126.755	32.942	159.697
Conjuntivitis	54.029	38.491	92.520
Dermatitis	53.092	38.125	91.217
Alergia	51.214	32.338	83.552
Total	2.745.294	1.744.985	4.490.279

Fuente: Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

De acuerdo al cuadro 3-1, la enfermedad respiratoria aguda ocupa el 31% de las enfermedades principales en la consulta externa y, en la parte superior están las enfermedades infecciosas y parasitosis. Además, es mayor el número de consultas nuevas del género femenino y territorialmente es alto en los departamentos de Huehuetenango, Escuintla y Guatemala que poseen las ciudades grandes [10].

De acuerdo a los datos de enero a noviembre de 2011, registrados en el SIGSA del Registro Nacional de las Personas (RENSA), la categoría de las causas de mortalidad por género se muestra en el Figaro 3-1;



Fuente: Sistema de Información Gerencial en Salud, MSPAS [11]

Figura 3-1 Causas principales de la mortalidad por género

La primera causa de mortalidad es la enfermedad respiratoria y la tasa de mortalidad es 77,0 (por 100 mil habitantes). Es aproximadamente, 2 veces mayor a la segunda causa que es el infarto de miocardio cuya tasa de mortalidad es 39,0 y es sobresaliente. Los que siguen desde la tercera posición son; Cirrosis (15,5), enfermedad cardiovascular (14,3), diabetes (14,3), insuficiencia cardiaca congénita (9,2), damnificado por armas (7,9) y sepsis (7,4). El tema de violencia se ha convertido en la más grave, como se muestra en damnificado por armas que ocupa la 8va. Posición donde el masculino es aproximadamente 10 veces más que la femenina.

El cuadro 3-2 se muestra la transición de indicadores relacionados con el sector de salud de los Objetivos de desarrollo de milenio (ODM). Se mejoró la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, sin embargo, todavía existe la brecha con el valor objetivo del ODM4. En cuanto al ODM5 enfocado a la salud materna, la situación de la tasa de mortalidad materna de 110 (por 100 mil habitantes) no cambió desde 2000 y es difícil cumplir esta meta. Además el ODM6 sobre las medidas contra enfermedades infecciosas, la situación de la tuberculosis ha mejorado, sin embargo la tasa de infección nueva por el VIH está empeorando (cuadro 3-2) [12].

Cuadro 3-2 Estado previsional para lograr el ODM 4, 5 y 6

ODM	Indicador del ODM	1990	2000	2010	Valor de objetivo del ODM(2015)
4	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por 1000 nacidos vivos)	77,9	48,5	31,8	27
	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	56,3	37,3	24,8	24
	Tasa de inmunización de Sarampión menor de un año (%)	68	86	93	95
5	Tasa de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos)	140	110	110 (2008)	55
	Tasa de atención de parto por la persona calificada de parto (%)	-	-	51,3 (2009)	65
6	Tasa de infección por el VIH en la edad de 15-49 años (por 100 mil habitantes)	0,1	0,5	0,8 (2009)	-
	Tasa de morbilidad de la tuberculosis (por 100 mil habitantes)	74,0	68,0	62,0	-
	Tasa de prevalencia de la malaria (por 100 mil habitantes)	-	-	184 (2008)	-

Fuentes: Millennium Development Goals Indicators, United Nations [13], Health Nutrition and Population Statistics, World Bank [14]

3.2 Salud materna e infantil

3.2.1 Salud materna

La tasa de fertilidad es 4,2 (6,2 de la población indígena) es el valor más alto dentro de la región latinoamericana. El cuadro 3-3 muestra la tasa de natalidad por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) que realiza el Instituto Nacional de Estadística (INE) una vez por 5 años. La tasa de natalidad ha disminuido anualmente, sin embargo en la zona rural es todavía de valor alto comparando con la zona urbana.

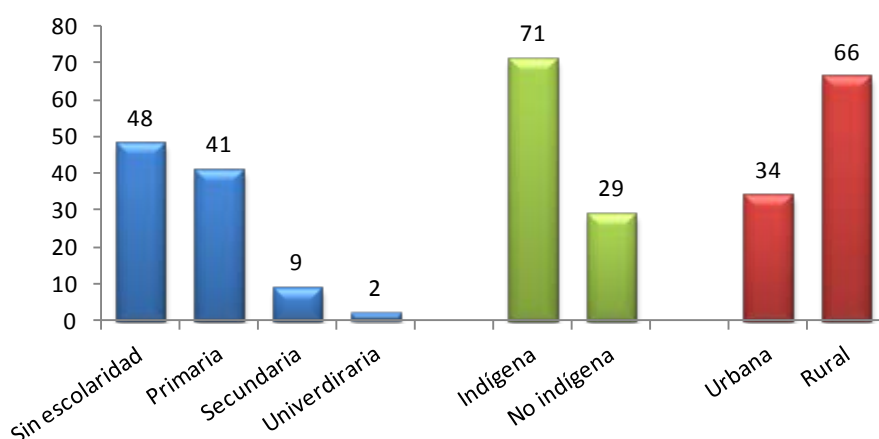
Cuadro 3-3 Transición de la tasa de natalidad

Nombre de estudio Año de estudio	ENSMI 1987 1983-1987	ENSMI 1995 1992-1995	ENSMI 1998/99 1995-1998	ENSMI 2002	ENSMI 2008/09
Zona urbana	4,1	3,8	4,1	3,4	2,9
Zona rural	6,5	6,2	5,8	5,2	4,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE, [15]

La tasa de mortalidad materna no ha cambiado en estos 10 años y el 110 (por 100 mil nacidos vivos) en el 2008 es más alto que el 85,5 del promedio de la región latinoamericana [16]. Se puede considerar que una de las causas es el 51,3% como bajo porcentaje del parto acompañado por persona calificada en parto.

En otro lado, de acuerdo a la información del Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS, el número de mortalidad de mujeres que se relaciona con el embarazo, parto y puerperio en 2011 es de 383 casos en total. Según por departamento, en orden decreciente, son los departamentos de Alta Verapaz (53 casos), Huehuetenango (52 casos), Quiché (42 casos) y San Marcos (34 casos), y con todos se ocupa aproximadamente 65% del total. Estos departamentos se ubican en noroeste de Guatemala y son las zonas donde se establece mayormente el pueblo indígena Maya [10]. Por tanto, puede decirse que existe disparidad en la tasa de mortalidad materna hasta entre las zonas étnicas. (Figura 3-2)



Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna [17]

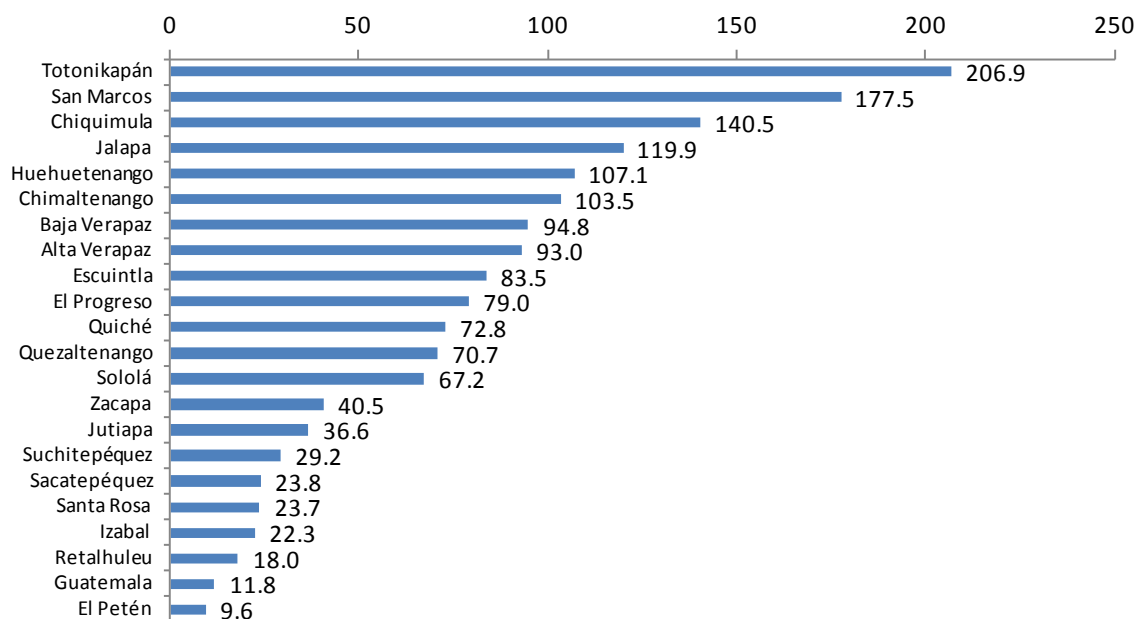
Figura 3-2 Tasa de mortalidad maternal por zona, etnia y nivel de educación (por 100 mil nacidos vivos) (2011)

De acuerdo al resultado del Estudio Nacional de Mortalidad Materna anunciado por el MSPAS en 2011, la tasa de mortalidad materna es 139 (por 100 mil nacidos vivos) y el 70% del número de mortalidad es de

población indígena. En cuanto al grupo de edad, la tasa de mortalidad materna de la edad de 40 a 44 años es 622 que es más alta y lo sigue 341 de 35 a 39 años [17]. La primera causa de la mortalidad materna es la hemorragia del puerperio (40%) y le sigue la presión alta (26%) y la sepsis (11%). Además, el embarazo de adolescentes también se convirtió en problema. De acuerdo al resultado de la encuesta realizada para las mujeres de 15 a 24 años de edad en la ENSMI 2008-2009, la edad del primer embarazo menor de 15 años es el 9,5%, de 15 a 17 años es el 25% y de 18 a 19 años es el 25%. La tasa de mortalidad materna en la edad de jóvenes (de 10 a 14 años) se muestra con valor alto de 219,1 y las causas son seguidas por presión alta, hemorragia puerperio y sepsis. La desigualdad social también es uno de los problemas por ser cerca del 90% la mortalidad materna con el nivel de educación menos de primaria [15].

3.2.2 Salud infantil

La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es 166 (por 100 mil nacidos vivos)⁶ y es de valor alto comparando con El Salvador (87), Honduras (142) y Nicaragua (159) que son los países vecinos. Por departamento es como sigue; Totonicapán (206,9), San Marcos (177,5), Chiquimula (140,5) y Jalapa (119,9), y son más de 10 veces que la zona metropolitana de Guatemala que es de 11,8. La disparidad regional es alta. Más del 80% de las enfermedades infantiles y de niños menores de 5 años son enfermedades infecciosas concentradas por la enfermedad respiratoria [10].



Fuente: Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

Figura 3-3 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por departamento (por 100 mil nacidos vivos) (Enero–noviembre, 2011)

La primera causa de mortalidad de niños menores de 5 años es la enfermedad respiratoria y la tasa de mortalidad (por 100 mil nacidos vivos) es 164. Lo siguen 66 de la enfermedad infecciosa y parasitosis, y 37 de la enfermedad originada en el período perinatal. En otro lado, según el anuncio del Centro Nacional de

⁶ Desde enero a noviembre de 2011.

Epidemiología (CNE), se enumera la desnutrición en la 7ma. posición (2,6% del total) como causa de mortalidad de niños menores de 5 años [18].

El cuadro 3-4 muestra la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años por lugar de residencia, región, etnia y nivel de educación de la madre, de la ENSMI 2008-2009. La tasa de mortalidad es alta en comparación de las zonas rurales con las urbanas y de los indígenas que no indígenas, en particular se puede observar esta tendencia claramente en la mortalidad de niños menores de 5 años. En cuando por región, se muestra la tasa de mortalidad relativamente alta en la región occidental, oriental, norte y el departamento de Peten. En cuanto a la relación con el nivel de educación de la madre, la tasa de mortalidad se reduce claramente si sube el nivel de educación de la madre.

Cuadro 3-4 Mortalidad infantil y de niños menores de 5 años por zona residencial, región, etnia y nivel de educación de la madre (2008-2009)

		Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
Lugar de residencia	Zona urbana	17	34
	Zona rural	19	51
Región	Capital	10	19
	Norte	22	50
	Nordeste	19	51
	Sudeste	24	50
	Central	14	33
	Suroeste	21	55
	Noroeste	19	53
	Peten	23	51
Etnia	Indígena	21	55
	No indígena	16	36
Nivel de educación de la madre	Sin educación	24	65
	Graduada de primaria	17	40
	Más de secundaria	12	20
Promedio		18	45

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [15]

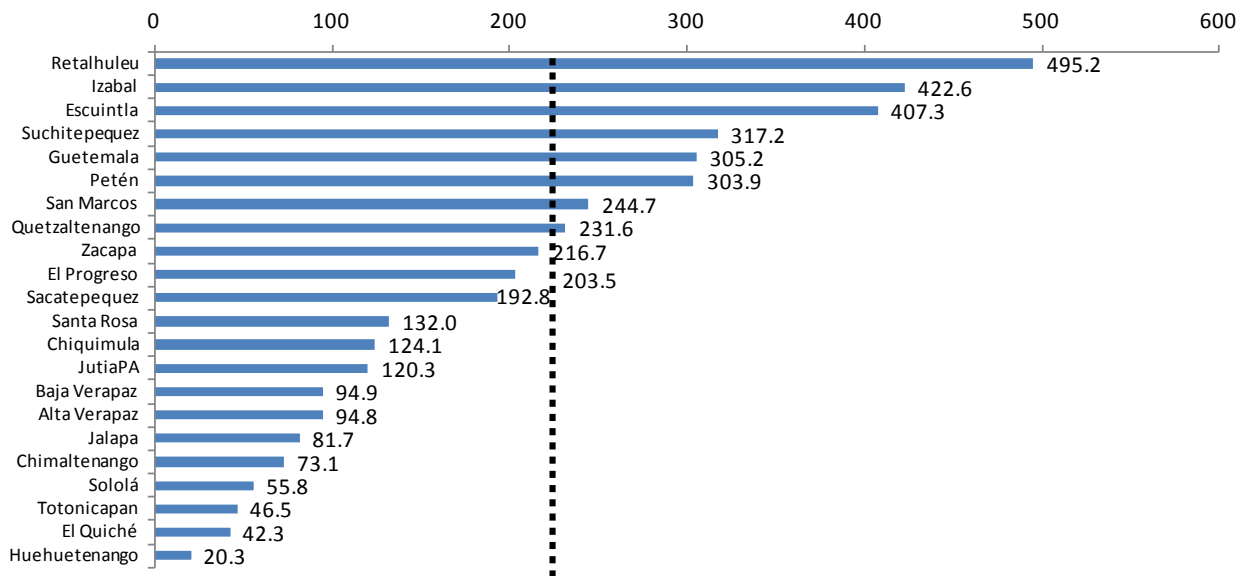
3.3 Situación de las enfermedades infecciosas

3.3.1 Infección de transmisión sexual (incluye el VIH/ SIDA)

La tasa de infección por el VIH en la edad de 15 a 49 años en Guatemala es 0,8% y es más alta que el 0,5% del promedio de Latinoamérica [19]. Según el CNE, el número de personas infectadas total de 1984 a 2011 es 26.927 casos, el número de nuevas infecciones por el VIH es 2.315 casos y se ha confirmado la aparición de SIDA con 684 casos en 2011 [10].

En cuanto al número de nueva certificación de la aparición de SIDA por 100 mil habitantes por región, según los datos de 2011, la parte superior es el Departamento de Quetzaltenango (6,6), lo siguen los departamentos de Isabal (4,2) y Escuintla (2,6) [10]. Observando el total de 1984 a 2010 como se muestra en la figura 3-4, el promedio de la tasa de nueva infección (por 100 mil habitantes) es de 226,2 y el Departamento de Retalhuleu es 495,2 que es más de 2 veces. El 75% de total del número de infectados lo ocupan los departamentos de

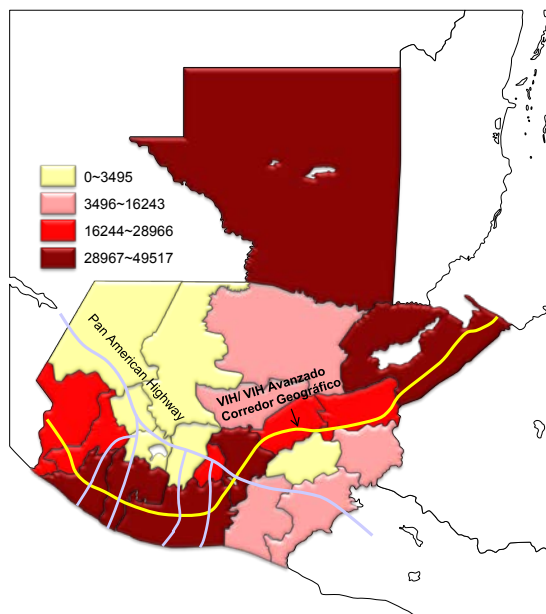
Retalhuleu, Isabal, Escuintla, Guatemala y Quetzaltenango que poseen lugares turísticos y ciudades comerciales.



Fuente: Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud, MSPAS, CNE [20]

Figura 3-4 Tasa total de nueva infección del VIH/ SIDA por región

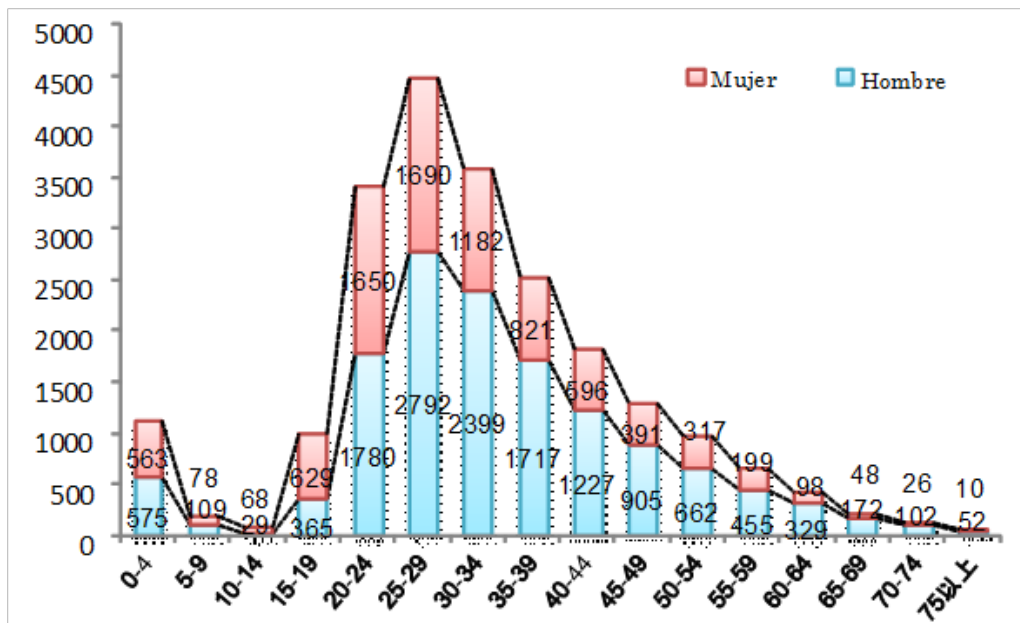
La figura 3-5 muestra la relación entre la situación de la infección por VIH con las carreteras principales por el MSPAS y también muestra las carreteras principales que pasan por las regiones más populares en la infección por el VIH como “el corredor geográfico de VIH” [21]. En las carreteras se tiene la tendencia de reunirse con las personas que se desplazan a larga distancia como los conductores de vehículos grandes y se desarrolla la industria sexual para ellos, por tanto, se considera que deben existir medidas de prevención para estas personas.



Fuente: Estadísticas VIH y VIH avanzado Guatemala enero 1984-diciembre, MSPAS (2010) [21]

Figura 3-5 Relación entre las carreteras principales y el número de infectados por el VIH (Número total de infección informada de 1984 a 2010)

Observando el número de infección por género y el grupo de edad, según los datos de 2011, el hombre es el 55% y la mujer es el 45%, el número de infección de la edad 25 a 29 años es el 19% que es más alto y lo siguen de la edad 20 a 24 años y 30 a 34 años son el 15% respectivamente [10]. Como se muestra en la figura 3-6, el número total de 1984 a 2009 también tiene la misma tendencia.



Fuente: Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud, MSPAS, CNE (2010) [20]

Figura 3-6 Número total de infectados con el VIH por género y grupo de edad (1984-2009)

3.3.2 Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores

(1) Malaria

El MSPAS capta aprox. 3.500 mil personas que residen en cerca de 43 mil comunidades en todo el país como el grupo de riesgo de malaria. La tasa de morbilidad de malaria en 2011 es 22 (por 100 mil habitantes) y de los 2.664 casos de aparición, se han concentrado en dos regiones como el 64% de la ciudad de La Gomera del Departamento de Escuintla y el 24% del municipio de la ciudad de Gualán del Departamento de Zacapa. Además, el 98% de ellos fue malaria terciaria por Plasmodium Vivax [10].

(2) Enfermedad de Chagas

En Guatemala el lugar de hábitat de Vinchuca que es el insecto que transmite la enfermedad de Chagas es en 21 de los 22 departamentos de todo el país y se dice que la población de riesgo es 4 millones de personas. Aproximadamente 730 mil personas están infectadas y aproximadamente 30 mil personas se infectan de nuevo anualmente. Aproximadamente 80% es infectado por transmisión del insecto aunque existe otra ruta de infección como la transmisión sanguínea [22].

(3) Enfermedad de dengue

La fiebre del dengue es de 3 tipos como serotipo D1, D2 y D4, y la mayoría es de D1. Por región, la tasa de incidencia es alta en los departamentos de Escuintla, El Quiché, Chiquimula y Baja Verapaz. Según el grupo de edad, es más alta de la edad de 25 a 35 años y lo sigue de la edad de 10 a 14 años. No existe la diferencian

entre género. Se informó 3.281 casos de incidencia de fiebre del dengue en 2011. De ellos el 78% se realizaron análisis en el establecimiento de salud y los 687 casos se han diagnosticado como fiebre del dengue. De ellos 29 casos han sido el dengue hemorrágico y 11 personas fallecieron [10].

3.3.3 Tuberculosis

La tasa de morbilidad fue 14 (por 100 mil habitantes) y los pacientes que diagnosticaron de la tuberculosis son 2,025 personas en 2011. Las zonas de erupción son los departamentos de Escuintla, Alta Verapaz, San Marcos, Huehuetenango, Quetzaltenango y Suchitepequez [10]. Se estima en 3,0% los pacientes nuevos y el 26% de pacientes con retratamiento son por la multirresistencia a los medicamentos y se considera que en el fondo existe la probabilidad de no llegar la tasa de éxito en el tratamiento al valor objetivo de la OMS (85%) (El 83% de nuevos pacientes y el 64% de pacientes con retratamiento en 2009). En cuanto a los coinfectados por el VIH, el 63% de pacientes con tuberculosis sabía sobre su situación de infección por VIH y el 15% de ellos fue coinfectado (2010) [23].

3.3.4 Agua e higiene (Infección intestinal e infección respiratoria)

Guatemala es rica en recursos hídricos, sin embargo el 90% del agua superficial está contaminada. El 40% de la población no tiene acceso al agua segura [10] y la tasa de morbilidad de diarrea que influye grandemente en el estado nutricional de niños es alta. Según el informe del Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales (MARN), los hogares que se conectan con el alcantarillado es el 36% de total y la proporción de hogares que tienen la instalación de baño es el 60% en las zonas urbanas y el 5% en las zonas rurales. En otro lado, la proporción del tratamiento adecuado de residuos de domicilio no pasa del 35% y se relaciona con la contaminación del agua [24]. Además el MSPAS indica que el 86% de las zonas rurales utiliza carbón y madera para la cocina y lo relaciona con la enfermedad respiratoria.

Cuadro 3-5 Transición de diarrea e infección respiratoria aguda

	2008	2009	2010
Diarrea	518.848 casos (37)	560.473 casos (39)	397.286 casos (27)
Enfermedad respiratoria aguda	2.192.230 (156)	2.567.541 (158)	2.004.779 (136)

Nota: () es por 1000 habitantes

Fuente: Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud, MSPAS, CNE (2010) [20]

Según los datos del CNE, la transición de la diarrea y enfermedad respiratoria aguda de los últimos años se muestra en el cuadro 3-5 y estas situaciones de higiene todavía influyen al estado de salud.

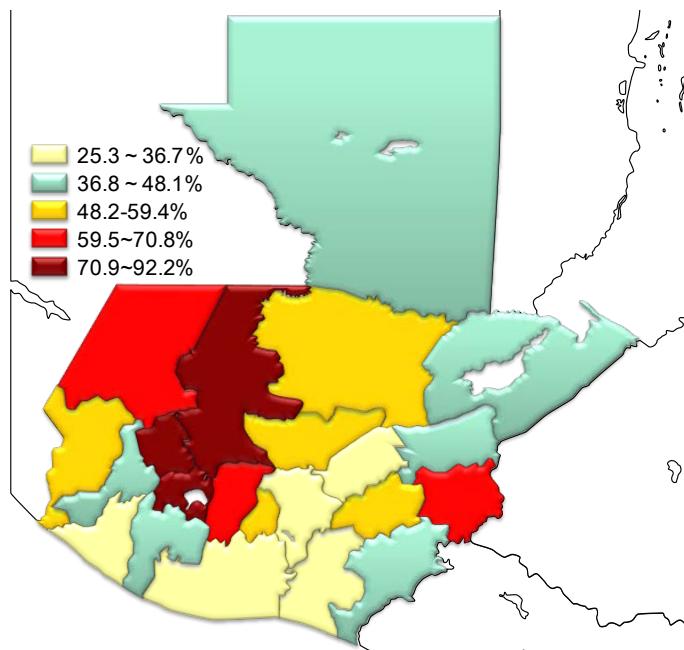
3.4 Nutrición y salud

En febrero de 2012, la oficina de FAO en Guatemala presentó a la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SESAN) el informe de entrevista realizada en 2011 por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de Guatemala en forma conjunta con la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). El informe muestra que el 80,8% de la población no ha sido asegurada en la seguridad alimentaria y el 92% de todas las familias están en la pobreza y la pobreza absoluta. En cuanto por región, informa que concentrado al noreste, el problema de alimentación es severo en orden de los departamentos de Sololá, Totonicapán, El Quiché, Huehuetenango, San Marcos y Peten. Sobre el grado de falta de alimento, el 14,4% de familias del total es grave y el 27,1% es moderada. Dicho informe menciona que “Existe familias

que no se pueden alimentar ni una vez por día y deben tomar las medidas con urgencia incluyendo el fortalecimiento de la capacidad de compra de cada familia” en cuanto a la familia con escasez de alimentos particularmente grave [25].

3.4.1 Estado nutricional de niños

El 49,8% de niños menores de 5 años de Guatemala tiene el impedimento de crecimiento moderado y el 21,2% es grave⁷ [15]. En cuanto por etnia, el porcentaje en los niños no indígenas es el 30,6% y de indígena es el 58,6%. Por zona de residencia, los niños en las zonas urbanas es el 28,8% y en las zonas rurales es el 51,8%. En cuanto por departamento, como se muestra en la figura 3-7, el porcentaje alto de desnutrición crónica son los 3 departamentos; Baja Verapaz, Totonicapán y Sololá. Junto con los departamentos de alto porcentaje (59,5-70,8%) que siguen a estos departamentos corresponde a las regiones de noroeste y suroeste de Guatemala y es coherente con las zonas que tienen alto porcentaje de indígenas. En otro lado, el Departamento de Chiquimula es la región noreste fronteriza con Honduras también pertenece al porcentaje alto, también es la región que tiene alto porcentaje de indígenas [15].



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, INE, [15]

Figura 3-7 Proporción de niños (6-59 meses) con desnutrición crónica por departamento

Las causas de desnutrición de niños son la dieta inadecuada e infección como la diarrea. La proporción de lactantes de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) es el 20% y la proporción de lactancia materna exclusiva en los lactantes menores de 6 meses es alrededor de un tercio. Por tanto, se supone que el estado nutricional de la madre desde el período de embarazo hasta la lactancia influye en el estado nutricional del niño.

⁷ Impedimento de crecimiento –Proporción de niños de edad de 0-59 meses que la desviación estándar de la altura del valor mediano es menos de 2 del grupo de referencia con una altura apropiada para la edad de acuerdo con los criterios anteriores mencionados. Es el estado de desnutrición crónica.

La situación de la desnutrición crónica que se observa talla/ edad (Impedimento de crecimiento), desnutrición general (Marasmo, peso/ talla) y desnutrición aguda (Bajo peso, peso/ edad) se muestra en el cuadro 3-6.

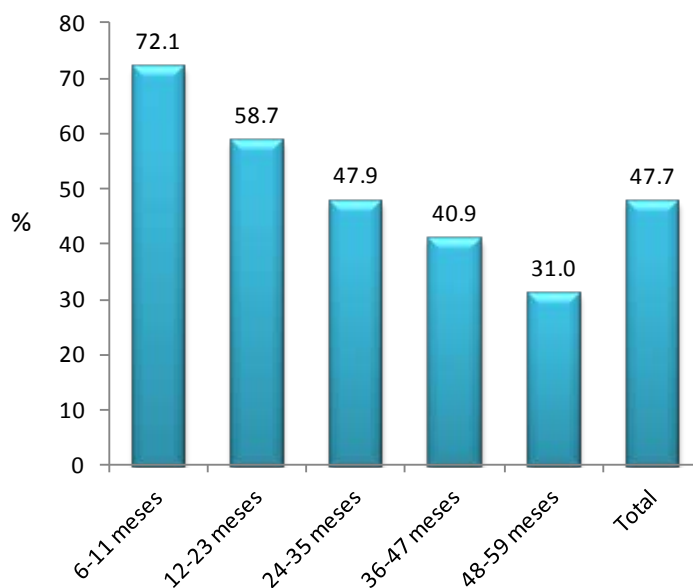
Cuadro 3-6 Estado nutricional de niños (6-59 meses) que se ve en el crecimiento físico⁸

		Desnutrición crónica ¹ (%)	Desnutrición aguda ² (%)	Desnutrición general ³ (%)
Zona de residencia	Zona urbana	34,3	1,0	8,2
	Zona rural	58,6	1,6	15,9
Grupo de edad de meses	3-5 meses	23,5	0,5	4,6
	6-11 meses	33,5	0,9	9,6
	12-23 meses	52,3	2,8	16,1
	24-35 meses	55,4	1,5	13,6
	36-47 meses	54,5	0,9	13,7
	78-59 meses	51,7	0,8	12,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, INE [15]

3.4.2 Anemia en niños

De acuerdo a la ENSMI, casi la mitad, el 47,7% de niños de edad de 6-59 meses de Guatemala está en estado de desnutrición. Además como se muestra en la figura 3-8, de la edad de 6-11 meses muestra el 72,1%, es alto [26].



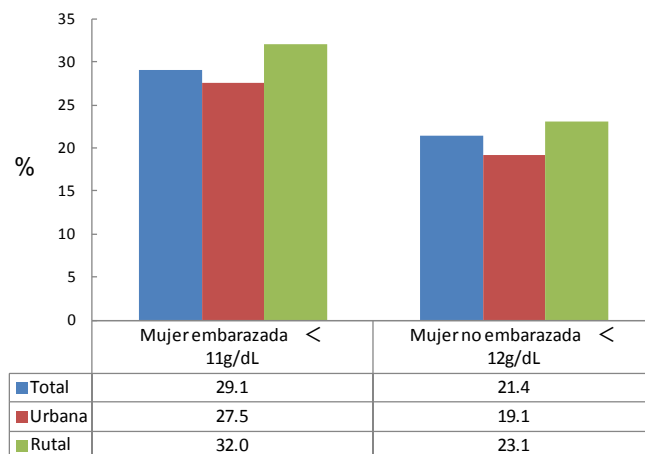
Fuente: Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje, UNDP (2010) [26]

Figura 3-8 Anemia de niños (6-59 meses) por grupo de edad (Hb<11g/L)

3.4.3 Anemia de mujeres

De acuerdo a la ENSMI 2008/ 2009, la anemia de mujeres de edad de 15- 49 años de Guatemala es el 21,4% de total. En otro lado, la anemia de mujer embarazada llega hasta el 29,1% en promedio. En las zonas rurales es más alta comparando con las zonas urbanas [26].

⁸ Marasmo — Proporción de niños de edad de 0-59 meses que la desviación estándar del peso de valor mediano es menos de 2 (moderado)/ menos de 3 (grave) del grupo de referencia con un peso apropiado para la talla de acuerdo con los criterios anteriores mencionados. Es el estado de desnutrición aguda.
Bajo peso- Proporción de niños de edad de 0-59 meses que la desviación estándar del peso medio del peso apropiado para la edad es menos de 2 (mediano)/ menos de 3 (grave), establecido por “WHO Child Growth Standards” de la OMS.

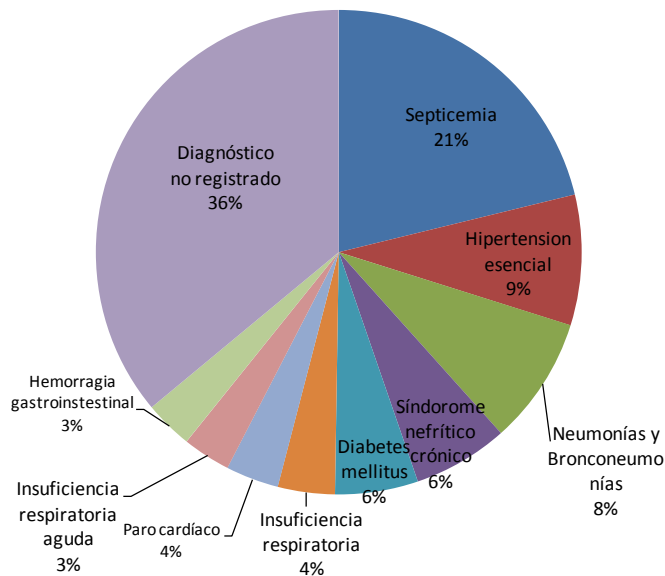


Fuente: Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje, UNDP (2010) [26]

Figura 3-9 Anemia de mujeres (15- 49 años) por zona

3.5 Situación de las enfermedades no infecciosas

Según los datos del número de mortalidad 3.630 por las enfermedades no infecciosas registradas en 2011 por el departamento de estadística del Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS), la proporción de las causas de mortalidad es como se muestra en la figura 3-10.



Fuente: Datos del departamento de estadística del IGSS [27]

Figura 3-10 Causas de mortalidad por enfermedades no infecciosas (2011)

Dentro de las causas de mortalidad, se indica que en el fondo de proliferación de las enfermedades crónicas en particular insuficiencia cardíaca aguda, enfermedad cardiovascular, diabetes, etc. existen por el cambio de vida, como el desplazamiento de población hacia la ciudad metropolitana, hábitos alimenticios no saludables, estrés, etc. En cuanto a las causas de mortalidad de mujeres adultas (edad de 15- 54 años), la primera es la enfermedad respiratoria (7,16 por 100 mil habitantes), y sigue la insuficiencia cardíaca aguda (5,12) y diabetes (4,7). En otro lado, se aumentó rápidamente la neoplasia maligna como cáncer cervical (2,64), cáncer de estómago (1,84), cáncer de hígado (1,06), etc. [10]

Capítulo 4 Situación de la oferta de los servicios de salud

El nuevo gobierno se inició en enero de 2012 y cambiaron a todos desde el ministro del MSPAS hasta los directores responsables. Después, con el cambio del ministro por dos veces se cambiaron los puestos importantes como a los directores. Por las circunstancias históricas de Guatemala, se considera que se construirá el nuevo marco de servicio de salud. Aun existe duda en la parte de sostenibilidad, se describirá este capítulo a través de los resultados de la oferta de servicios de salud, etc. del anterior gobierno.

4.1 Situación actual de la Atención primaria de Salud (APS)

La APS en Guatemala es debida grandemente al PEC que se inició en 1996. Es iniciado por con el motivo asegurar el servicio básico de salud a las zonas rurales donde mayormente viven los indígenas mediante el acuerdo de paz en Guatemala de 1996. El servicio básico de salud que se realiza por el PEC es la Promoción de la salud relacionada con la inmunización, salud materna e infantil, planificación familiar, nutrición, etc. e incluye el servicio periódico de visita clínica a la comunidad. Según el anuncio del MSPAS, han cubierto las 3500 mil personas que es aproximadamente 20% de la población total en todos los departamentos mediante el PEC en 1999, quiere decir que se cubrió el 76,8% de la población en las zonas rurales como la gente enfocada. En el PEC se establece el costo de servicio básico de salud con 8-9 dólares americanos por persona y lo realiza mediante las 77 ONGs con el apoyo financiero del Banco Mundial y USAID por iniciativa del BID [28].

Como el tema del PEC, se puede mencionar que las actividades de ONGs encargadas no están unificadas, por ejecutarse el programa urgentemente mediante el acuerdo de paz y no es suficiente el sistema de administración del MSPAS quien supervisa este programa. El contenido del servicio es enfocado a la salud materna e infantil y se indica por la parte de cooperantes que no se puede ofrecer un servicio suficiente con sólo una vez por mes de visita clínica [29].

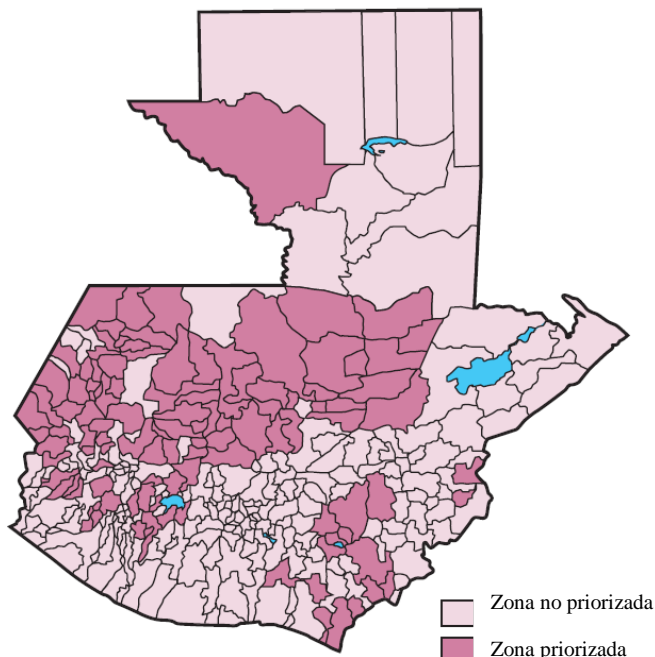
En otro lado, por la propuesta de revisión de la APS⁹ en la Asamblea general de la OMS en 2003, en el 25to. Aniversario de la declaración de Alma-Ata¹⁰, se ha realizado la revisión de la región general sobre la APS mediante las actividades del grupo de trabajo dirigido por la OPS en la región Latinoamérica. Como resultado de ello, se anunció la declaración de Montevideo en 2005 que muestra el nuevo direccionamiento de la APS basada en el reforma del sistema de salud [30].

En base al tema e indicaciones mencionados y en el direccionamiento de descentralización administrativa y la tendencia de la APS dentro de la región, por iniciativa de la AECID, a propuesta del MAIS utilizando las entidades administrativas de salud local y los establecimientos de salud existentes, está siendo analizado entre el MSPAS y los cooperantes involucrados. En el plan de introducción del MAIS fueron involucrados 125 municipios (El número de habitantes es aproximadamente 6.700 mil personas) como lugares de prioridad

⁹ En la 56ta. Asamblea general se solicitó a cada región que se continúe el esfuerzo por introducir el concepto de la APS en todas las actividades de la OMS revisando la definición, estrategia y direccionamiento de la APS.

¹⁰ Es la frase de declaración sobre la APS que adoptó en la 1ra. conferencia internacional sobre la Atención Primaria de Salud (Patrocinado por la OMS y UNICEF) realizada en actual Almaty, Kazajstán (en esa época es Alma-Ata de la Unión Soviética) del 6 al 12 de septiembre de 1978.

seleccionados en base al índice de pobreza por la ENCOVI en 2006 y el estado de la distribución de la desnutrición crónica de niños de la ENSMI 2008/09 (Figura 4-1) [31].



Fuente: Serie de documentos de análisis, Boletín No. 6, ¡Contamos!, UNICEF (2011) [31]

Figura 4-1 Zona priorizada del MAIS

Iniciando el año 2012, la Dirección General de Sistema Integral de Atención en Salud anunció que el MAIS es una de las elecciones y se estaba analizando su fomento. El SIAS que es el nombre de dicha dirección originalmente indica el modelo de salud garantizado por el financiamiento (presupuesto) revelando el rol de supervisión del MSPAS, por tanto se espera la construcción de la APS original de Guatemala mediante la habilidad de liderazgo de dicha dirección. Además, se considera que también avanzará la descentralización en el sector de salud, en lo que procede a la construcción de la nueva APS como la idea de MAIS, etc. El BID quien apoya continuamente al PEC informa que es el factor importante de la construcción del SIAS sostenible para impulsar la reforma del sector de salud en Guatemala [32].

Según la UNICEF, en caso de introducir totalmente el MAIS como la alternativa del PEC, se requiere la ampliación o remodelación de los 591 puestos de salud en total y el empleo de 1.583 auxiliares en total, por tanto se requiere 2.012 millones de Quetzal en total, sin embargo se estima que este aumento de costo es sólo el 0,26% en la proporción del Producto Nacional Bruto [31]. En otro lado, del cálculo estimado por la División de cooperación internacional del MSPAS, faltan 168 puestos de salud y los 441 centros de salud y requieren el costo de personal para reponer (4.030 millones de Quetzal) y el costo de construcción (9.271 millones de Quetzal), total 13.301 millones de Quetzal [10]. Se necesita trabajo para reducir la diferencia de opinión entre los cooperantes y el nuevo MSPAS.

4.2 Situación de los servicios de salud materna e infantil

El MSPAS distribuye las “Normas de Atención, Salud Reproductiva” a los establecimientos de salud de cada nivel [33].

4.2.1 Situación de la oferta y uso de los servicios de salud y atención a las mujeres embarazadas

El cuadro 4-1 se muestra el lugar donde se realiza el control prenatal por zona de residencia, región, etnia, nivel de educación, y de economía de las mujeres embarazadas.

Cuadro 4-1 Lugar del control prenatal por zona residencial, región, etnia y nivel de educación y economía de mujeres embarazadas (%) (2008-2009)

		Hospital pública	Centro de salud (CS)	Puesto de Salud (PS)	Centro de comunidad (CC)	IGSS	Hospital privado	Clínica privada	Establecimiento de ONG	Establecimiento de TBA ¹¹	Lugar de entrevista ¹²	Otros
Zona de residencia	Zona urbana	13,3	27,2	9,0	1,4	11,3	27,2	13,4	2,8	27,4	7,1	1,7
	Zona rural	5,0	26,5	20,8	26,4	3,7	8,1	4,1	1,8	36,7	12,9	3,4
Región	Capital	10,0	28,3	7,2	0	14,0	25,2	17,5	2,9	30,3	3,3	1,8
	Norte	4,6	23,9	5,5	49,0	3,6	5,0	6,3	1,9	11,7	21,8	6,7
	Nordeste	5,4	30,4	15,2	20,4	9,5	15,9	9,1	0,4	24,6	10,3	0,9
	Sudeste	3,7	35,5	13,0	24,1	1,8	11,0	7,6	3,3	41,1	6,5	3,5
	Central	8,7	16,6	10,6	3,6	19,2	23,2	8,8	7,5	47,6	1,6	1,3
	Suroeste	7,2	31,7	19,3	12,7	4,5	17,4	5,1	1,4	35,1	12,0	2,0
	Noroeste	8,6	20,2	31,2	18,0	0,0	8,4	2,4	0,0	39,7	16,3	3,3
	Peten	37,7	18,9	39,6	9,1	0,0	14,3	2,8	1,8	39,5	6,4	1,8
Etnia	Indígena	3,1	27,4	19,3	26,0	2,1	8,7	4,3	1,2	30,8	20,0	3,3
	No indígena	11,7	26,3	14,3	10,1	9,8	20,0	10,0	2,9	35,0	4,1	2,4
Nivel de educación de la madre	Sin educación	4,2	21,4	21,4	29,0	1,3	4,1	0,5	0,6	38,9	17,1	3,5
	Graduación de primaria	9,0	30,5	19,0	18,2	3,3	10,4	6,9	2,0	37,7	11,1	3,1
	Graduación de secundaria	10,6	27,5	8,3	5,1	17,3	28,6	13,2	4,5	22,8	5,4	1,8
	Superior de la graduación de secundaria	5,4	8,0	1,0	0	15,4	65,0	25,6	1,4	4,6	0	0
Nivel de economía	1 (Bajo)	2,9	21,7	22,5	35,2	0,2	1,4	0,3	0,0	33,3	15,3	4,7
	2	9,4	29,9	19,0	25,3	2,1	6,1	3,6	3,1	40,5	17,0	3,0
	3 (Mediano)	4,7	35,5	24,3	6,7	7,7	15,7	5,2	0,6	32,6	10,0	2,1
	4	18,0	29,6	3,8	2,4	13,1	26,1	14,9	5,3	29,2	1,2	2,0
	5 (Alto)	8,9	12,6	2,1	0	17,7	46,8	25,0	3,5	25,6	3,0	0,5

Nota 1: Puede haber los casos que supera del 100% de total por realizar la investigación con las selecciones múltiples.

Nota 2: En caso de ser menos de 25 casos es “-”

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [15]

El 60,4% de total de mujeres embarazadas realiza más de una vez el control prenatal y el grupo de educación de nivel alto se convierte más de 90%. El lugar de control es el hospital público y centro de salud en caso de mujeres embarazadas de la zona urbana, en cambio es el centro de salud y puesto de salud en la zona rural. En otro lado, el 36% de mujeres embarazadas de la zona rural realiza el control en la casa de TBA y el 25,6% del grupo de nivel de economía alto también utiliza TBA [15].

De acuerdo al informe de la OMS, la proporción del parto con la atención por personal calificado de parto en Guatemala es el 51%. Es de valor bajo siguiendo a Haití dentro de la región Latinoamérica y es más bajo que los países vecinos como El Salvador (84%), Honduras (67%) y Nicaragua (74%) [19]. La transición del

¹¹ “Establecimiento de TBA” es la Casa de Comadrona.

¹² “Lugar de entrevista” es la Casa de Entrevistada que es el establecimiento público de pueblo.

contenido del personal que atiende parto y, la atención de parto por la profesional como médico y enfermera se muestra en el cuadro 4-2.

Cuadro 4-2 Transición de porcentaje del personal que atiende el parto y la atención de parto por la persona calificada en parto por zona residencia (%)

		ENSMI 1987	ENSMI 1993	ENSMI 1998/99	ENSMI 2002	ENSMI 2008/09
Personal que atiende el parto	Médico	25,5	31,4	36,9	37,0	47,0
	Enfermera	3,7	3,4	3,7	4,4	4,5
	TBA	60,0	55,1	50,0	47,5	42,4
	Familia, amistad, etc.	7,8	7,7	7,3	10,2	5,7
	Sin atención.	3,0	1,9	1,4	0,8	0,5
Zona	Urbana	59,6	63,4	66,1	65,6	77,0
	Rural	17,9	21,1	24,9	29,5	36,5

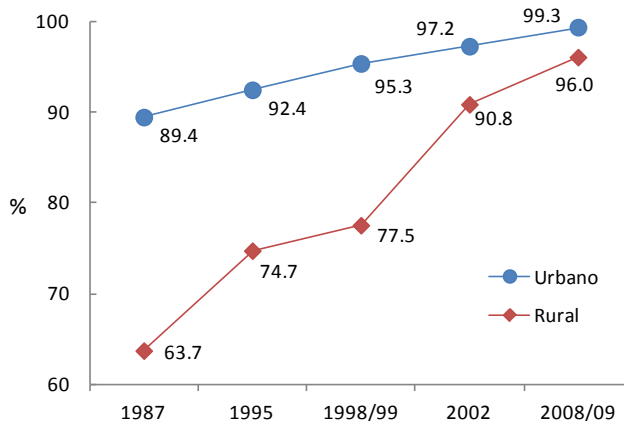
Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [15]

Mientras que se aumenta el porcentaje de atención por médico, se disminuye el parto atendido por TBA y la diferencia del porcentaje de atención de parto por el personal calificado de parto entre la zona urbana y rural está disminuyendo, sin embargo todavía tiene la diferencia de más de dos veces en la ENSMI2008/09.

Tanto para el control prenatal como la atención de parto, la presencia de TBA es grande. No se puede decir que el parto en el establecimiento de TBA es el parto institucional, sin embargo en la situación que alrededor de 40% recibe la atención de parto por TBA en la ENSMI2008/09, se requiere estudiar sobre la promoción de atención de parto por el personal calificado de parto y el parto institucional considerando la función del TBA en el mejoramiento de atención y servicio para mujeres embarazadas.

4.2.2 Planificación familiar

La figura 4-2 se muestra la transición de tasa de tenencia de conocimiento sobre el método anticonceptivo de la mujer de edad de 15-49 años de la investigación realizada por el ENSMI. La zona rural fue muy baja comparando la zona urbana en 1987, sin embargo en el resultado reciente existe muy poca diferencia (casi nada) y se sugiere que la actividad de promoción está avanzada. A pesar de esto la tasa de uso del método anticonceptivo en Guatemala es el 43,3% y se queda atrás con respecto a los países vecinos como El Salvador (72,5%), Honduras (65,2%) y Nicaragua (72,4%). Por tanto existe espacio para la mejoría [19].



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, INE, [15]

Figura 4-2 Transición de tasa de tenencia de conocimiento del método anticonceptivo de mujeres (15-49 años)

4.2.3 Situación del servicio de Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

La situación de inmunización de niños menores de 5 años por el informe del año 2008-09 se muestra en el cuadro 4-3. La tasa de cobertura de BCG, Pentavalente, Polio y Sarampión es el 78,6%, sin embargo el porcentaje de niños que no recibe ninguna vacuna es sólo 1,5%. En cuanto a la tasa de inmunización total de niños de 12-23 meses de edad, fue sólo el 22,2% en el momento de la investigación de ENSMI1987, sin embargo se ha mejorado hasta el 71,2% en la ENSMI 2008/09 [15].

Cuadro 4-3 Situación de la cobertura de inmunización

Vacuna	Cobertura de inmunización (%)
BCG	96,1
DPT/Pentavalente 1	95,9
DPT/Pentavalente 2	91,7
DPT/Pentavalente 3	85,7
Polio 1	96,8
Polio 2	92,6
Polio 3	86,4
Sarampión	87,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS, INE [15]

4.3 Situación actual de las medidas contra enfermedad infecciosa

4.3.1 Medidas contra infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA

Las medidas contra infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA en Guatemala ejecutan por el principio de “Three Ones¹³” de unificación de los tres. En cuanto al Plan estratégico, estaba en el proceso de elaboración en el momento del presente estudio en julio de 2012¹⁴. Participan el MSPAS, Ministerio de Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda, Ministerio de la Defensa Nacional, Ministerio del Interior y Ministerio de Trabajo en el comité de Multisectorial. Cada ministerio elabora el plan parcial correspondiente de cada sector, comparte los resultados de actividad y lo retroalimenta al nuevo plan [34].

El MSPAS estableció el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, y se relaciona muchas secciones como encargado de regulación, vigilancia y control, y de los servicios de salud, etc. Además se distribuyeron “Normas de Atención, VIH/SIDA” a los establecimientos de salud de cada nivel. Se designó a los 8 hospitales como establecimientos bajo la jurisdicción del MSPAS que ofrece la terapia antirretroviral [33].

4.3.2 Medidas contra enfermedades infecciosas transmitidas por vectores

En cuanto a las medidas contra enfermedades infecciosas transmitidas por vectores, se supone que básicamente cada región de riesgo elabora el programa de medidas y el MSPAS realiza la orientación técnica y organiza el equipo técnico según la necesidad. Las siguientes informaciones son por el resumen de los programas individuales del MSPAS [35].

¹³ Los tres “uno” de “uno” del Plan estratégico nacional, “uno” del comité de multisectorial y “uno” del sistema nacional de monitoreo y evaluación. Es el principio para impulsar efectivamente la lucha contra SIDA de los países en vías de desarrollo y se ha aprobado en la conferencia de Washington patrocinada en forma conjunta por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA) y los dos gobiernos británico y de los EE.UU. en el 25 de abril de 2004.

¹⁴ Es el último el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VHI y SIDA) 2006-2010

(1) Medidas contra malaria

Según el programa contra malaria del MSPAS, se estableció los siguientes lineamientos básicos y distribuye la guía y afiche de diversas medidas a las zonas de riesgo.

- Supresión de la aparición por *Plasmodium vivax* y erradicación de la aparición por *Plasmodium falciparum*.
- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en la comunidad.
- Evaluación del estado de aparición de malaria.
- Especificación del lugar endémico e identificación de la situación de la zona de riesgo.

(2) Medidas contra dengue

En el programa de medidas contra dengue se estableció los siguientes lineamientos y se realiza la emisión de diversas informaciones y la distribución de guía, manual de procedimiento y material de educación en video a las zonas de riesgo.

- Supresión de la mortalidad por la dengue hemorrágico hasta 1% y supresión de la tasa de incidencia en la zona de riesgo permanente de dengue menos de 10%.
- Elaboración, ejecución y evaluación de monitoreo de la regulación de vigilancia y control.
- Realización de capacitación especial para los recursos humanos en salud.

(3) Medidas contra enfermedad de Chagas

En Guatemala por iniciativa de los países de Centroamérica para la interrupción de la transmisión vectorial y transfusional de la Enfermedad de Chagas que posee el objetivo ampliado como “Interrumpir la propagación de la enfermedad de Chagas en los países de Centroamérica hasta 2010”, está impulsando las medidas con los dos programas de la eliminación del insecto vector y el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica. En 2003 realizó la conferencia internacional entre los 3 países Guatemala, Honduras y El Salvador auspiciado por la OPS en el Departamento de Chiquimula donde que tiene frontera con Honduras y El Salvador. El MSPAS resumió el resultado de dicha conferencia como el manual básico de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas [22].

4.4 Medidas contra problemas de nutrición

Según el anuncio del Secretario de SESAN quien se encarga el programa de “Hambre cero”, asigna el presupuesto de 2000 millones de Quetzal (aproximadamente 20 mil millones de yen) a dicho programa. Este programa muestra el objetivo de mejorar la tasa de desnutrición crónica de 10% durante los 4 años, mediante el esfuerzo multisectorial.

En febrero de 2012 se inició el programa de “Hambre cero” en el municipio de San Juan Atitán del Departamento de Huehuetenango donde la proporción de niños con desnutrición es más alto de todo el país. El programa se constituye con los 13 componentes e incluye el pago de subsidio (300 Quetzal/mes), entrega de la bolsa de provisión de distribución de alimentos, comedor móvil de escuela, proporción de fertilizante, etc. En cuanto al subsidio, es pagado como parte de “Mi Bono Seguro” que es el sistema de transferencia monetaria condicionada iniciada en abril de 2012 y existen dos tipos, uno es el subsidio a la salud de acuerdo

a la medición de talla y peso, etc. (150 Quetzal/mes) y otro es el subsidio a la educación con el mismo monto. El Ministerio de Desarrollo Social es responsable de Mi Bono Seguro.

Este programa está programado realizarse en orden en los 166 municipios de los 10 departamentos (Huehuetenango, San Marcos, El Quiché, Escuintla, Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Chimaltenango, Chiquimula y Alta Verapaz) donde la desnutrición es grave.

Como uno de los componentes del programa mencionado arriba, el MSPAS requiere el presupuesto de 104 millones de Quetzal [36] para desarrollar el plan de “Ventana de los 1000 días” enfocando desde el embarazo hasta los 24 meses después de nacimiento¹⁵ para que las mujeres embarazadas (9 meses) y niños menores de 2 años (24 meses) puedan tener el acceso seguro a la alimentación saludable.

Como el programa sobre medidas de nutrición dentro del MSPAS existe el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN). En este programa se incluye suplementos de micronutrientes, lactancia materna, apoyo nutricional, banco de leche materna, seguimiento del estado nutricional, monitoreo de crecimiento, elaboración e investigación de protocolos médicos, orientación a la mujer sobre nutrición, etc. [37].

En otro lado, se introdujo la Atención Integral a la Niñez y la Mujer Comunitaria (AINM-C) al PEC desde 2009, que es para el fomento de las medidas contra desnutrición crónica de niños.

¹⁵ Sea aproximadamente 990 días por los 9 meses de embarazo y los 24 meses después de nacimiento.

Capítulo 5 Situación del sistema de salud

Como se ha mencionado anteriormente, la situación de organización del MSPAS incluyendo la asignación de personal todavía está inestable por causa de cambio de Gobierno y cambio repetido del ministro. Por tanto, existe la posibilidad de modificar algunos contenidos del sistema de salud.

5.1 Administración de salud

Está estructurado con el MSPAS en nivel central, la Dirección departamental de Área de Salud (DAS) en 22 departamentos y Dirección Municipal de Salud en 334 municipios de todo el país.

5.1.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El MSPAS está estructurado con el Viceministerio Administrativo, el Viceministerio Técnico y el Viceministerio de Hospitales en torno al Ministro de Salud. La organización del MSPAS está compuesto con 4 direcciones como Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, Dirección General de Sistema Integral de Atención en Salud: SIAS, Dirección General de Administrativo Financiero y Dirección General de Recursos Humanos en Salud como indica en la figura 5-1.



Fuente: Elaborado por la misión a través de entrevista

Figura 5-1 Organigrama del MSPAS

La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud se encarga de la regulación y vigilancia de los insumos como alimentos y medicamentos etc., el control de guía del establecimiento de salud como hospitales y administración de equipos médicos. Además de estos, se encarga de la regulación del programa de salud tanto materna e infantil como control de malaria asignando personal exclusivo en cada programa. Existen 24 programas verticales en Guatemala. Los programas cuentan con presupuesto otorgado por el donante como el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN), no solo se encargan de la elaboración de reglamento sino realizan las actividades del programa.

Dirección General de Sistema Integral de Atención en Salud: SIAS está compuesto con la división de desarrollo de servicio de salud que se encarga de la ejecución de 24 programas mencionados, división de epidemiología que es responsable del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), división de educación y promoción de salud, división de supervisión, monitoreo y evaluación y división de atención medica para el desastre. Además se encarga de la administración y control de DAS y Hospital. La oficina de DMS es administrado por el DAS correspondiente.

Las secciones debajo de las direcciones estaban en proceso de modificación en junio de 2012, por lo que existe la posibilidad de modificación de aquí en adelante.

5.2 Recursos humanos en salud

Según datos hay 3.4 médicos y 1.5 enfermeras para 10 mil poblaciones en el sector público como muestra en el siguiente cuadro [10]. Considerando que el sector público tiene 74% de la cobertura de la población como menciona el siguiente artículo, comparando con el promedio de Centro y Sudamérica que es 22.5 médicos y 61.5 enfermeras se puede suponer que está faltando mucho. Además, más de mitad de los recursos humanos que pertenece al MSPAS y el 80% que pertenecen al Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS) trabajan en el sector metropolitano¹⁶. Si se considera que 51 % de la población guatemalteca vive en la zona rural, no es adecuada la distribución de los recursos humanos en salud.

El cuadro 5-1 muestra la transición del número de recursos humanos en salud que trabaja en el establecimiento de salud que pertenece en el MSPAS. Se han contratado más de 10,000 recursos humanos en salud el 2010, teniendo mayor número de recursos humanos de enfermeras auxiliares que son menos de 4,000 personas. Esto fue debido al plan de fortalecimiento del servicio de salud de primer nivel y segundo nivel, mostrando el número de contratación de personal administrativo que fue unas 6,000 personas, también fue alto.

Cuadro 5-1 Transición del número de recursos humanos por categoría de profesión que pertenecen al MSPAS

Categoría	2008		2009		2010		2011	
	Número de persona	Por 10 mil habitantes *	Número de persona	Por 10 mil habitantes **	Número de persona	Por 10 mil habitantes **	Número de persona	Por 10 mil habitantes **
Médico	3.176	2,32	3.178	2,27	4.484	3,12	5.058	3,43
Enfermera	1.274	0,93	1.278	0,91	1.991	1,38	2.212	1,50
Enfermera Auxiliar	6.619	4,84	6.621	4,72	10.507	7,30	11.308	7,66
Administración	6.683	4,88	6.711	4,78	12.356	8,59	12.732	8,63
Auxiliar del servicio	5.587	4,08	5.638	4,02	5.648	3,93	5.607	3,80
Total	23.339		23.426		34.986		36.917	
Población	13.690.846		14.033.623		14.388.929		14.757.316	

*Por 10 mil habitantes calculado por la misión de estudio

Fuente: Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]
World Development Indicators & Global Development [1]

El MSPAS indica que es necesario un equipo formado con medico, enfermera y enfermera auxiliar que puede atender el parto para cada 1,000 pobladores para fortalecer servicio de salud materna e infantil. Según el cálculo aproximado en base de este concepto, es necesario contar 36.784 personas de los tres tipos de profesionales, sin embargo, está faltando en gran escala cuenta solo con 18.578 personas en 2011. Según el ítem presupuestario del MSPAS, más de la mitad del personal de salud no es de jornada completa, son de

¹⁶ Es entrevistado por el MSPAS y el IGSS.

contrato o empleo temporal para las actividades especiales, esto es un factor de impedimento para asegurar de forma estable y fija los recursos humanos en salud.

Según el MSPAS, señala que existen problemas en las instituciones para la formación de recursos humanos en salud. Por ejemplo, la Universidad San Carlos que tiene el mayor número de carreras relacionadas a salud, la tasa de deserción escolar es de 81,46% de los estudiantes. Aun en la universidad privada la tasa de deserción escolar es de 40% y el instituto de formación de enfermeras es cerca de 15% [15].

El cuadro 5-2 señala el resumen de las instituciones de formación de recursos humanos en salud en Guatemala.

Cuadro 5-2 Resumen de las instituciones de formación de recursos humanos en salud

Nombre de institución	Contenido de formación
USAC (Universidad de San Carlos de Guatemala) Pública	Medicina, Salud Pública (Maestría), Formación de Especialista (29 cursos)
UMG (Universidad Mariano Gálvez) Privada	Medicina, Enfermería, Curso para formación de enfermeras auxiliares
UVG (Universidad del Valle de Guatemala)	Enfermería, Biología, Bioquímica, Microbiología, Nutrición Maestría: Psicología, Salud mental, Enfermería
GALILEO	Enfermera, Enfermera auxiliar, Administración médica, Maestría: Salud Ocupacional, Medicina Familiar
FRANCISCO MARROQUIN	Medicina, Nutrición, Odontología, Radiólogo, Técnico de Terapia Intensiva

Fuente: Elaboración propia por la misión de estudio

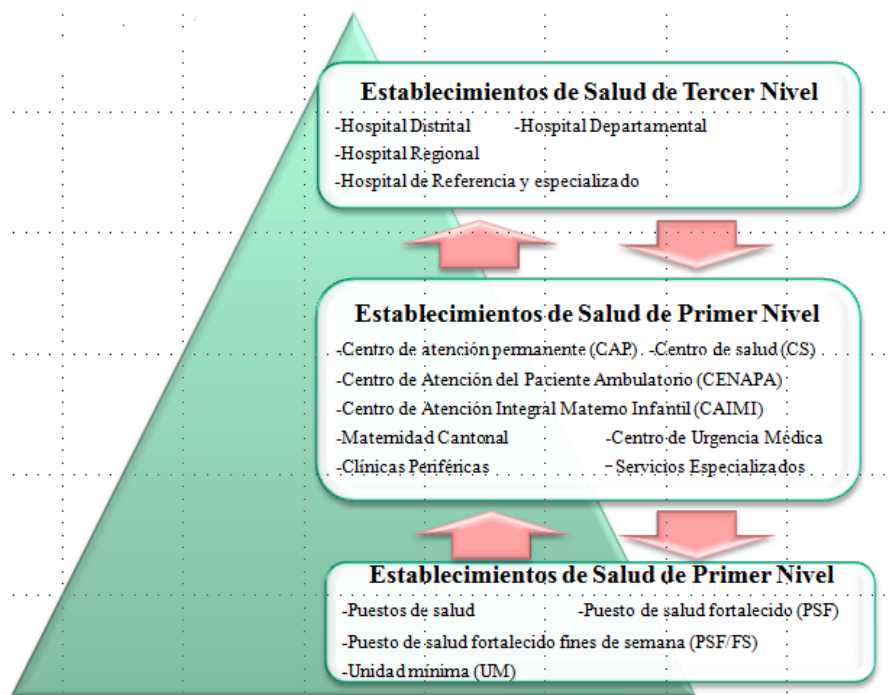
5.3 Establecimientos de salud

5.3.1 Red de establecimientos de salud

Los establecimientos de salud en Guatemala se dividen en tres tipos que son; establecimientos de salud dependientes del MSPAS, establecimientos de salud administrados por IGSS y establecimientos de salud privadas. En lo siguiente, se describe el resumen de los tres tipos.

(1) Establecimiento de salud dependiente del MSPAS

Resumir en la figura 5-2 el sistema de referencia de los establecimientos de salud dependientes del MSPAS en Guatemala.



Fuente: Elaborado por la misión de estudio mediante entrevista.

Figura 5-2 Sistema de referencia de los establecimientos de salud

Resumir en el cuadro 5-3 los establecimientos de salud dependientes del MSPAS de acuerdo a este sistema de referencia. En cuanto al número de establecimientos, el 74% son establecimientos de salud de primer nivel, el 23% son de segundo nivel y el resto 3% son de tercer nivel¹⁷.

El mayor establecimiento de primer nivel es el puesto de salud y de segundo nivel es el centro de salud, sin embargo, hay muchos otros tipos de establecimiento por ejecutarse de acuerdo a la diversidad del programa de salud por iniciativa del MSPAS como es mostrado en el artículo “5.1 Sistema de administración de salud”.

El número de camas del establecimiento de salud de tercer nivel es 7.718 camas en total. Observando solo en el establecimiento de salud de tercer nivel dependientes del MSPAS, el número de camas por 100 mil habitantes es sólo 51. Dentro de los 45 hospitales del total, 8 hospitales fueron instalados en la década de 1990 y no hay nuevas instalaciones después de 1998. Por tanto, la mayoría de los hospitales poseen el problema de envejecimiento.

¹⁷ Generalmente la mayoría de los países categoriza como el hospital que posee solo las atenciones médicas básicas como el establecimiento de salud de segundo nivel y el hospital que incluye las especialidades de atenciones médicas es el establecimiento de salud de tercer nivel. Sin embargo en Guatemala, aun que es el establecimiento de segundo nivel no es suficiente el servicio de las atenciones médicas básicas, por tanto, toda la actividad del hospital como las atenciones médicas básicas e internación están incluidas en la misma categoría.

Cuadro 5-3 Categoría y número de establecimientos de salud que pertenece al MSPAS

	Nombre de establecimiento	Número de establecimiento
Establecimiento de salud de primer nivel	Puesto de salud (PS)	777
	Puesto de salud fortalecido fines de semana (PSF/FS)	245
	Puesto de salud fortalecido (PSF)	64
	Unidad mínima (UM)	15
	Subtotal	1.101
Establecimiento de salud de segundo nivel	Centro de atención permanente (CAP)	180
	Centro de salud (CS)	110
	Centro de Atención del Paciente Ambulatorio (CENAPA)	40
	Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)	5
	Maternidad Cantonal	4
	Centro de Urgencia Médica	3
	Clínicas Periféricas	2
	Servicios Especializados	2
Subtotal	346	
Establecimiento de salud de tercer nivel	Hospitales Distritales	13
	Hospitales Departamentales	10
	Hospitales Regionales	13
	Hospitales de Referencia Nacional o de Especialidades	9
	Subtotal	45
Total		1.492

Fuente: Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

El establecimiento de salud de primer nivel está ubicado más cerca de la comunidad rural y además cubre la zona más difícil de complementar por otros IGSS y el sector privado. Por tanto, se espera encargar el rol de promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Sin embargo en realidad, no tienen los recursos humanos suficientes y realizan sólo actividad asistencial. Además, sólo asignan a la enfermera auxiliar como profesión y se tiene limitación en el contenido del tratamiento. En realidad quien realiza la prevención de enfermedad y promoción de la salud es el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) mencionado en “4.1 Situación actual de la Atención Primaria de la Salud (APS)” y utiliza los 4.618 lugares de reunión, etc. que están en los 415 lugares correspondientes, sin embargo, estos lugares de reunión no pertenecen al MSPAS. Además, no hay coordinación entre la actividad del PEC y los establecimientos de salud de primer nivel.

En el establecimiento de salud de segundo nivel, principalmente no se tiene la instalación para internación y la actividad principal es el tratamiento a pacientes ambulatorios. Aun así, allí se asigna profesionales como médico y enfermera y es posible realizar el tratamiento especializado en cierto nivel. En otro lado, existe alrededor de 1.200 camas en total en el Centro de Atención Integral de Materno Infantil (CAIMI), etc., sin embargo es sólo para obstetricia.

(2) Establecimiento dependiente del Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS)

La categorización de los establecimientos de salud dependientes del IGSS es como se muestra en el cuadro 5-4 y en total son 125 establecimientos que están asignados a nivel nacional concentrándose en la zona urbana.

Cuadro 5-4 Categoría de establecimientos de salud que pertenece al IGSS

Nombre de establecimiento	Número de establecimiento
Hospitales	23
Policlínicas	1
Consultorios	36
Centros de Atención	4
Unidades Asistenciales	2
Centros de Salud	44
Salas Anexas	2
Unidades Periféricas	2
Puestos de Primeros Auxilios	11
Subtotal	125

Fuente: Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

El número de afiliados al IGSS es 1.154.378 personas (2011) y los establecimientos de salud dependientes del IGSS cubren aproximadamente 2.780 mil personas (aproximadamente 20% de la población) junto con las familias de afiliados. El IGSS tiene el convenio limitado con el MSPAS en la utilización de los establecimientos de salud dependientes del MSPAS como lugar de referencia del tratamiento de diálisis para los pacientes con enfermedad renal, a pesar de eso no pertenecen al sistema de referencia de los establecimientos del MSPAS.

(3) Establecimiento de salud del sector privado

En cuanto al establecimiento de salud privado, el MSPAS administra emitiendo la licencia y existe cerca de 7 mil establecimientos con licencia incluyendo laboratorios. De ellos, 71 hospitales son privados que pueden recibir a los pacientes internados.

5.3.2 Situación de acceso al servicio

La población cubierta por cada sector de salud calculado por los resultados de recepción de pacientes en los establecimientos de salud es como se muestra el cuadro 5-5. En caso del IGSS y los sectores privados y otros, fue población enfocada por el número de pacientes atendidos en los establecimientos de salud correspondientes y el resto de la población fue la población enfocada del MSPAS [32].

Cuadro 5-5 Cobertura de población cubierta de cada sector de salud (2006)

Sector	Población enfocada (Mil personas)	Población cubierta		Población no cubierta	
		Población (Mil personas)	Porcentaje (%)	Población (Mil personas)	Porcentaje (%)
MSPAS	9.424	6.100	48,0	3.324	26,2
IGSS	2.044	2.044	16,1	0	0,0
Privado	1.100	1.100	8,7	0	0,0
Otros (Hospital miliar, etc.)	132	132	1,0	0	0,0
Total	12.700	9.376	73,8	3.324	26,2

Fuente: Programa de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria, IDB, (2007) [32]

De acuerdo a este cuadro, el cálculo muestra que el 26% de la población no está cubierto por ningún sector. Se supone que el acceso al servicio de la población está empeorando aun más, considerando que el número

de establecimientos de salud no aumentó y la población se incrementó en los últimos años, además está incluida la población enfocada del PEC señalado que el contenido del servicio es insuficientes en la APS.

5.3.3 Administración de los establecimientos de salud

En cuanto a la situación de los establecimientos de salud, según la investigación del BID, existe el problema de envejecimiento en el 70% de los establecimientos dependientes del MSPAS y se requiere la remodelación, etc. [32] Por ejemplo, el Hospital Roosevelt es uno de los mejores hospitales de referencia a nivel nacional, inició su atención en 1955 y tiene 1.200 camas, 60 especialidades, 24 quirófanos y más de 3.000 en personal. Está difícil realizar la gerencia administrativa, por la hipertrofia del escalafón, además de estar envejecido.

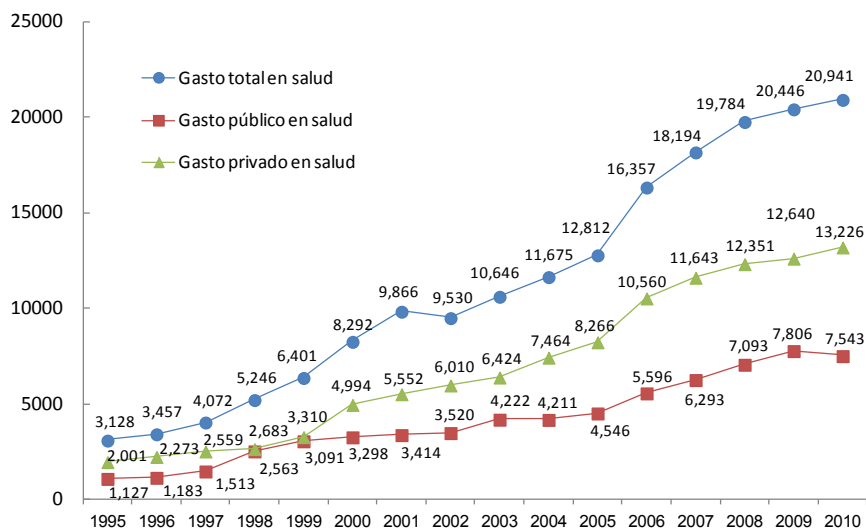
5.3.4 Sistema de suministro de los medicamentos

Está en la situación de no poder elaborar razonablemente el plan de mantenimiento, por no tener un lineamiento definido así como una lista estándar, además de estar atrasado en la renovación de los equipos de los establecimientos. En Guatemala la adquisición de los equipos médicos y sus accesorios, insumos y reactivos, y medicamentos del establecimiento de salud de tercer nivel, lo realiza cada establecimiento. Los equipos e insumos para establecimientos de otros niveles lo adquiere de forma general el MSPAS y lo distribuye a cada establecimiento. El MSPAS tiene el almacén central para la distribución de estos equipos e insumos. La mayoría de los medicamentos como vacuna para el PAI, que requieren relativamente un espacio de almacenamiento es dotada por el PEC y cada ONG que se encarga del PEC administra estos medicamentos. Por tanto, no se requiere un almacén grande.

5.4 Financiamiento de salud

5.4.1 Situación general del financiamiento de salud

El gasto en salud de Guatemala se incrementó de 3 mil millones de Quetzal en 1995 a 20 mil millones de Quetzal en 2010 (Figura 5-3). Eso quiere decir que se ha venido incrementando en promedio 41% anualmente. En otro lado, la proporción del gasto en salud en el PIB en 2010 es el 6,9% y es el valor más bajo entre los países de Centroamérica según el informe de la OPS.



Fuente: Diagnóstico Nacional en Salud, marzo 2012, MSPAS [10]

Figura 5-3 Transición del gasto en salud (Unidad: un millón de Quetzal)

El cuadro 5-6 es la transición de los indicadores de financiero en salud de Guatemala. La proporción del gasto en salud en el PIB se incrementó del 5,5% en 2000 al 6,9% en 2010, por el contrario el gasto público en salud en general disminuyó del 39,8% al 35,8%. En otro lado, el gasto en salud per cápita se ha incrementado más de dos veces en los últimos 10 años. Según el informe del MSPAS, el gasto en salud per cápita es 1.455 Quetzal y de ello el gasto público es sólo 524 Quetzal (212 Quetzal del MSPAS y 247 Quetzal del seguro social) y el cargo personal ocupa 815 Quetzal de 919 Quetzal del gasto privado. Por tanto, es mayor la carga para la población.

Cuadro 5-6 Transición de indicadores de financiamiento en salud

	2000	2010
Proporción del gasto en salud en el PIB	5,5%	6,9%
Proporción del gasto público en el gasto general en salud	39,8%	35,8%
Proporción del gasto directo de los hogares del gasto privado	89,7%	84,0%
Proporción del gasto público para salud en el gasto total de estado	16,7%	16,2%
Proporción de la financiación externa en el gasto en salud	3,4%	1,7%
Proporción del gasto en seguro social en el gasto en salud del sector público	—	48,0%
Gasto en salud por persona	95,1US\$	196,2US\$
Gasto público para salud por persona	38	69

Fuente: Health Nutrition and Population Statistics [14]

Según los estados financieros del MSPAS en 2009, de presupuesto total de 3,149 millones de Quetzal, aproximadamente 10% es financiado por los cooperantes (Aprox. 325 millones de Quetzal) o de financiamiento no reembolsable (Aprox. 5 millones de Quetzal). Además, un tercio es para el gasto de personal y un tercio es el gasto para insumos. El gasto de construcción y equipos médicos para el establecimiento es sólo 10% del presupuesto total. Además el PEC que se encarga del funcionamiento central de la APS que es el tema central de reforma del sector de salud Guatemalteca, se está realizando la tercerización a la ONG con el financiamiento del BID. Esto quiere decir que queda el gran tema de la sostenibilidad en cuanto a la parte financiera y operativa.

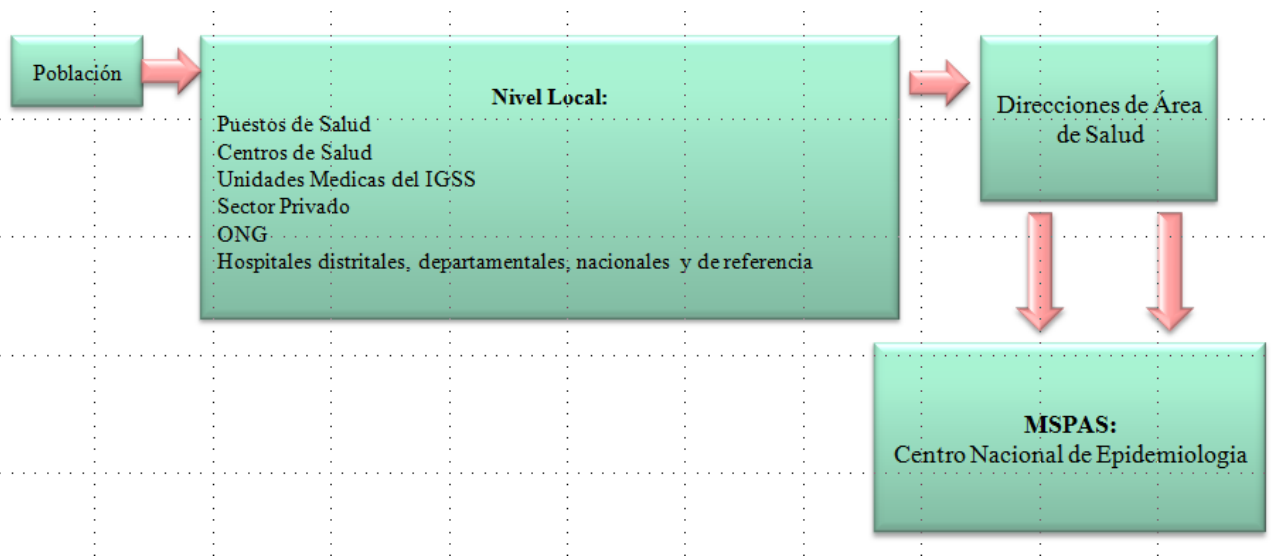
5.4.2 Política de protección social

El pago de subsidio de “Mi bono Seguro” que es un componente del programa “Hambre cero” es un tipo de CCT (Transferencia monetaria condicionada) como la política de protección social. Mediante esta actividad, se espera un alto costo-efectividad en las medidas de nutrición materno e infantil. En el anterior gobierno también tuvo resultado “Mi familia progresa (Mifapro+)” dirigido a la salud y educación como programa de CCT similar.

5.5 Sistema de suministro de información de salud

La ENCOVI se realiza por el INE cada 5 años. El MSPAS está utilizando esta información para la elaboración de la política y programa de salud.

La figura 5-4 es la red de información epidemiológica del MSPAS. Las informaciones como los resultados de atención que se realizan en los establecimientos de salud dependiente del MSPAS, son presentados periódicamente al MSPAS centralizando en el SIGSA, pero las informaciones del IGSS y sector privado no está administrado. Tampoco, no contienen las informaciones de las actividades de salud comunitaria realizadas por las ONGs. Sobre las informaciones de epidemiología, existe el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica administrado por CNE del MSPAS [38].



Fuente: Elaborado por la misión de estudio mediante entrevista

Figura 5-4 Red de información epidemiológica

El MSPAS está haciendo público las informaciones de salud provenientes del SIGSA actualizándolas periódicamente (mensualmente) a través de la página web y está publicando la revista periódicamente con informaciones de epidemiología. Existe mucha información almacenada en el SIGSA, los datos y resultados de análisis elaborados por el CNE pueden ser utilizados para la planificación de actividades de salud, monitoreo y evaluación de las actividades [20].

Capítulo 6 Situación de los cooperantes

6.1 Marco de coordinación de cooperación

6.1.1 Coordinación de cooperación en Guatemala

La coordinación de cooperación en Guatemala se inició con el acuerdo de paz en 1996 y la declaración de Estocolmo que aprobó en la reunión de donantes la reconstrucción de Centroamérica en 1999, formando el grupo de los principales países cooperantes para Guatemala y organismos internacionales, actualmente está denominado como G13. Actualmente los miembros son 9 países; Canadá, Alemania, Italia, Holanda, Noruega, España, Suiza, EE.UU y Japón, y 6 organismos internacionales; Banco Mundial, BID, FMI, PNUD, UE y OEA. En las reuniones entre G13 y las autoridades del Gobierno de Guatemala se acordó impulsar la coordinación de cooperación con la priorización de 6 sectores que son; “Salud”, “Educación”, “Seguridad Ciudadana y Justicia”, “Medio Ambiente y Agua”, “Desarrollo Rural” y “Seguridad Alimentaria y Nutricional”.

6.1.2 Situación de los cooperantes en el sector de salud

Según el informe de la OPS, señala a los siguientes organismos como principales donantes en el sector de salud de Guatemala [39].

- Organismos internacionales: OPS, WFP, UNDP, UNICEF, UNFPA
- Organizaciones Multilaterales: Banco Mundial, BID
- Organizaciones Bilaterales: USAID, JICA
- ONG: Visión Mundial

6.1.3 Situación de cooperantes principales

La situación de los cooperantes principales está resumida en el cuadro 6-1, y se menciona el resumen en el siguiente artículo. En el apoyo a la nutrición no está el MSPAS como institución contraparte, por tanto se omite el contenido de apoyo.

Además los cooperantes, iniciando por la OPS están en proceso de coordinación sobre el contenido de cooperación con el nuevo MSPAS, desde de junio de 2012.

Cuadro 6-1 Campo de cooperación priorizada por los principales cooperantes

Cooperantes	Periodo de Programa	Inversión (Millones de dólares)	Zona priorizada	Campo de cooperación priorizada							
				Salud infantil	Salud materna	Nutrición	VIH/SIDA	Tuberculosis	Malaria	APS	Fortalecimiento de Sistema
Banco Mundial	2009-2012	49	70 municipios en zona rural	○	○					○	
BID	2010-2014	85		○		○					○
FMI		127					○	○	○		
OPS				○	○						○
UNICEF	2010-2014			○	○	○					
PNUD	2002-	6,5					○			○	
WFP	2010-2014	7,5	Departamentos de Huehuetenango y Totonicapan	○	○					○	
EE.UU.	2012-2016	15 (Promedio anual)	5 departamentos de Oeste (Sistema de vigilancia de desnutrición)	○	○	○					

Fuente: Documentos y página de web. de cada cooperante, y entrevista (Puede referirse lo siguiente)

(1) Banco mundial

El Banco Mundial está realizando la cooperación para la salud materna e infantil con la inversión de 49 millones de dólares dentro del marco de programa de apoyo para Guatemala desde 2009 a 2012. Está definido el mejoramiento de 35 CS que oferta medidas para la desnutrición en los niños menores a 2 años y servicios de atención materna e infantil de 70 municipios en la zona rural [40].

(2) Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El BID está realizando el apoyo de 50 millones dólares hasta el 2012 dentro del “Programa de mejoramiento del servicio de salud”. Además, inició el “Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios de Salud y Nutrición fase I”, con el monto de 35 millones dólares desde 2010 durante 4 años. Por otra parte, tiene los siguientes programas de cooperación.

- Fortalecimiento de la red de hospitales: 50 millones dólares, Construcción de 3 hospitales y moderación de 13 hospitales.
- Iniciativa Salud Mesoamérica: Con el objetivo de mejorar el servicio de salud materna e infantil desde México hasta Panamá con el apoyo de Fundaciones Bill & Melinda Gates que asigna 7 millones dólares para Guatemala.

(3) El Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial)

Medidas contra VIH/SIDA con unos 84 millones dólares que ocupa el 66% dentro de los 1.270 mil dólares para el apoyo a Guatemala, y las medidas contra malaria que ocupa cerca de 20% de la inversión total.

(4) Organización panamericana de la salud (OPS)

La OPS realiza las actividades en 5 campos que son; Coordinación de cooperación técnica, Salud familiar e individual en diferentes niveles con el respeto a la cultura étnica, Sistema de información, vigilancia,

prevención y control del factor determinante de salud, Fortalecimiento de la función del sistema de salud y Factor para impulsar la salud como los programas en Guatemala [9].

(5) UNICEF

UNICEF está realizando las actividades basándose en el plan de cooperación de 2010 a 2014. Tiene el programa de medidas contra la desnutrición, apoyo en la distribución de micro nutrientes y a lactancia materna.

(6) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP)

PNUD está realizando el Programa de mejoramiento del servicio de salud Fase II (PMSS II) desde 2002 con la inversión de 6.5 millones dólares. El contenido de este programa es el apoyo al PEC. Además, está realizando la cooperación técnica como capacitación sobre medidas contra infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

(7) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

UNFPA está realizando el apoyo al sector de salud materno e infantil con el objetivo de lograr las Metas del milenio basándose el plan de apoyo quinquenal desde el 2010. Los contenidos son la Salud reproductiva, el Programa de logística para distribución de anticonceptivos y el Programa de salud reproductiva para mejorar mortalidad materna.

(8) Programa mundial de Alimentos (WFP)

WFP realiza el PEC en la zona rural que tiene prioridad en los departamentos de Huehuetenango y Totonicapán en torno a la salud materna e infantil como el programa del 2010 al 2014. El presupuesto total es 7,5 millones dólares.

(9) Estados Unidos (EE.UU.)

Guatemala es el país priorizado de FTF, GHI, CARSI y GCC que compone la iniciativa del presidente de EE.UU. De ello los que se relacionan con el sector de salud son GHI y FTF, que incluidos ellos están elaborado el plan de cooperación quinquenal desde el 2012 al 2016. Según este plan, está presupuestado como promedio anual 4,5 millones dólares para el sector materno e infantil, 6,5 millones dólares para la planificación familiar y 4 millones dólares para las medidas de nutrición [29]. Sobre la salud materna e infantil y medidas para la nutrición, USAID tiene planificado construir el Sistema de vigilancia de desnutrición en Guatemala con CDC, se está elaborando el resultado del estudio en 5 departamentos¹⁸ en el altiplano oeste del país como el área piloto.

(10) ONG

Los principales actores de suministro de servicio de APS en Guatemala son más de 70 ONGs. No solo ONGs internacionales como Visión Mundial sino existen varias ONGs locales que se formaron en la época de guerra civil y continúan activando. Existen variedad de formas de cooperación que realizan el apoyo en

¹⁸ Departamentos de San Marcos, Quetzaltenango, Totonicapán, Huehuetenango y El Quiché.

varios departamentos con amplia área como Médicos del Mundo, impulsan la participación al sistema de salud a través de la capacitación para TBA como Médicos Descalzos.

6.2 Resultados de la cooperación japonesa

La cooperación japonesa para Guatemala está definida en el área priorizada para el desarrollo sostenible, y dentro de ello están definidos 2 temas de desarrollo que son; “Rectificación de la diferencia regional” y “Administración del medio ambiente”. Y se está realizando el programa de cooperación utilizando variedad de esquemas de cooperación en forma amplia en base a 2 programas que son; “Programa de mejoramiento de la calidad de vida de la zona rural en el altiplano occidental¹⁹” y “Programa de reducción de la pobreza en la zona norte²⁰”.

En cuanto a la cooperación para el sector de salud se está realizando Proyecto para la Salud de Materna e Infantil Fase II dentro del marco del “Programa de mejoramiento de vida de la zona rural en el altiplano occidental”. Este proyecto tiene el objetivo que el personal de salud brinde el servicio de atención en salud con calidad para las mujeres y niños en los establecimientos de salud de los 3 departamentos del altiplano occidente. Este proyecto continúa con las experiencias que permitieron aumentar la atención y el control de niños en los establecimientos de salud a través del Proyecto “Niñez Saludable Nuestra Prioridad Fase I” que se ha realizado desde 2005 durante 4 años. El “Proyecto de Fortalecimiento de la Educación Básica y Permanente de Enfermería Desarrollando capacidades en enfermeras/os” culminó el 2011. Además, el Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas, Fase 2, realizando la cooperación para tomar medidas en contra de la enfermedad de Chagas que fue una amenaza para la vida en la zona rural. Y contribuyó al logro de cortar la transmisión, fortaleciendo el sistema de vigilancia que es sostenible a través de la realización actividades desde el punto de vista del fortalecimiento de la capacidad del personal del Ministerio de salud durante largos años. A través de estos resultados, JICA participó en la reunión regional de medidas contra el Chagas y la evaluación de la OPS dinamizando la cooperación regional, ampliándose la cooperación en este campo para otros países cercanos como Honduras [41].

Además el Japón tiene los siguientes resultados en el mejoramiento de la infraestructura y donación de equipos como apoyo al sector de salud.

- 2000: Proyecto de mejoramiento del instituto tecnológico de salud (213 millones yenes)
- 2002: Proyecto de construcción y donación de equipos médicos al Hospital Nacional Puerto Barrios (1,430 millones yenes)
- 2006: Proyecto de mejoramiento de los principales hospitales nacionales en el área metropolitana (899 millones yenes)

¹⁹ Departamentos de Quezaltenango, Sololá y Totonicapán

²⁰ Departamentos de Huehuetenango, El Quiché, Alta Verapaz y Baja Verapaz

Capítulo 7 Temáticas priorizadas y recomendaciones en el Sector de Salud

7.1 Temática priorizada en el sector de salud en Guatemala

De acuerdo al análisis hasta el capítulo 6, en la figura 7-1 se señalan los problemas y antecedentes en el sector de salud en Guatemala y se describe en lo posterior.

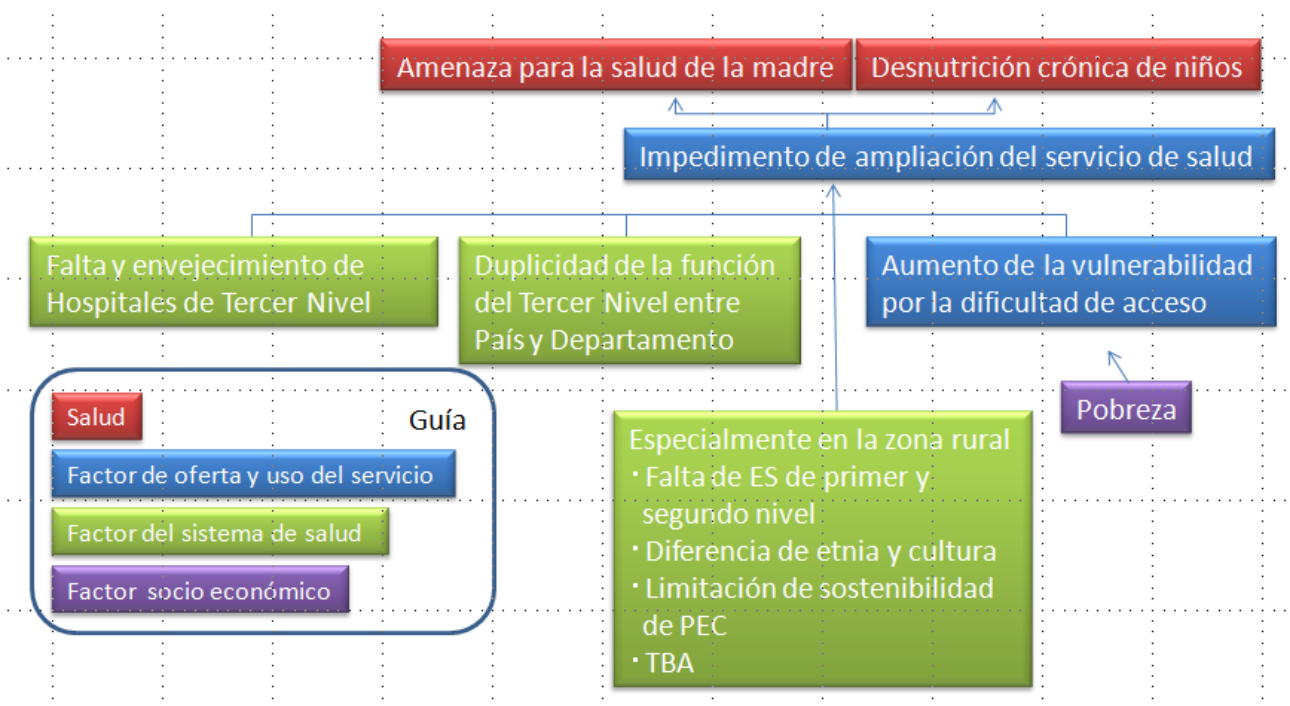


Figura 7-1 Problemas y antecedentes en el sector de salud en Guatemala

7.1.1 Problemas importantes en el tema de salud poblacional

Según los indicadores y los datos, se considera que la amenaza para la salud de la madre es alta, como indica el alto índice de mortalidad materna en la región Noroeste y el alto índice de la tasa global de fecundidad en el área rural. También la situación de la desnutrición crónica de los niños es crítica en torno a la región Noroeste. Además, el problema de la pobreza está siendo permanente, por lo que la carga del servicio de salud se está convirtiendo cada vez más pesada como señala que el gasto para la salud de cada persona se ha duplicado en los últimos 10 años, por ende se tiene la tendencia al aumento de personas con dificultad de tener acceso al servicio de salud.

En la zona urbana, está aumentando la población con la inmigración de gente de escasos recursos económicos de el área rural, y se está aumentando usuarios del servicios de salud como el hospital de alto nivel (Hospital de referencia). De acuerdo al aumento de la población de el área urbana, aumenta la población en las zonas periférica, por tanto, la demanda al servicio de salud está creciendo. Por lo que espacialmente está faltando los hospitales de tercer nivel (Hospital distrital, departamental y regional) que brinden servicio de emergencia y atención integral. En el área urbana, además de las enfermedades

infecciosas, la violencia y/o el VIH se convirtieron en una amenaza para la salud, por tanto está siendo importante responder a los varios tipos de problemas de salud.

En la zona rural, existe uno de los factores de impedimento para la ampliación del servicio de salud, además de falta de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel que está más cerca de los pueblos, hay situaciones que la población tiene poca voluntad de acceder a establecimientos de salud por la falta de conocimiento sobre el uso de el servicio de salud. En el área rural existe la amenaza de desastres naturales y se puede observar epidemias de enfermedades infecciosas como el dengue, por tanto es importante fortalecer la actividad de vigilancia epidemiológica.

Por lo anteriormente mencionado, se puede indicar que es importante la ampliación de cobertura mediante el fortalecimiento del servicio de salud y la promoción de uso para proyectar el tema de salud guatemalteca.

7.1.2 Factores que están en el fondo (cuello de botella)

Es necesario contar con un presupuesto elevado para la construcción o moderación del hospital de tercer nivel como el hospital distrital, también en forma especial las construcciones de los establecimientos de salud de segundo nivel en la zona periférica, por lo tanto, es necesario contar con un plan de mejoramiento de establecimientos de salud de mediano y largo plazo. También es necesario analizar la revisión de sistema de referencia en este plan. Actualmente el tercer nivel está formado con los Hospitales de referencia nacional, hospitales especializados incluyendo hospitales de referencia que tiene diferente sistema de servicio de salud y de diferente nivel (regional y distrital). Además en el primer y segundo nivel existen varios tipos de establecimientos de salud en forma mezclados. Se espera la reestructuración del sistema de referencia en base a la identificación sobre los roles y la situación actual que debe responsabilizar a estos establecimientos de salud para elaborar el plan de mejoramiento de establecimientos de salud mencionado anteriormente.

El MSPAS tiene preocupación sobre el sistema administrativo y presupuesto del Hospital de referencia y especializado, por tanto es necesario analizar para disminuir la carga de administración y financiera por el MSPAS mediante la transferencia de operación y administración de los hospitales de referencia regionales a los gobiernos locales de acuerdo al desarrollo de la descentralización administrativa.

Por otra parte, también es necesario la estrategia y/o el plan de desarrollo para formar y asegurar los recursos humanos en salud quienes ofrecen el servicio de salud en forma planificada en los establecimientos de salud de acuerdo al mejoramiento de establecimientos.

En el área rural, la mayoría de los gasto operativos del Programa de Extensión de Cobertura proviene del apoyo financiero del exterior como el BID etc. como fuente de financiamiento, está administrado por ONGs a través de la terciarización, por tanto existe la preocupación sobre la sostenibilidad en el aspecto financiero y operativo, el MSPAS y los cooperantes sugieren que se debe construir el nuevo modelo. Es necesario analizar sobre la estructuración e introducción de el modelo que ofrece el servicio de APS como el Modelo de atención integral en salud (MAIS) que fue propuesto actualmente por los cooperantes como UNICEF. En este análisis, también es necesario el plan para asegurar recursos (humanos, económicos y físicos) de mediano y largo plazo, y se espera que SIAS de MSPAS se desempeñe con alto liderazgo. La elaboración del

lineamiento en la transferencia desde PEC hasta la introducción del nuevo modelo y el plan concreto, también es clave la coordinación con los cooperantes que están apoyando al PEC como el BID. Además en cuanto a los recursos humanos en salud especialmente de el área rural tiene la dependencia fuerte a TBA en el servicio de salud para las mujeres embarazadas, por tanto es necesario analizar suficientemente sobre la transferencia para la ampliación de la oferta del servicio de salud por personal especializado en atención de partos para impulsar el parto seguro.

7.1.3 Medidas tomadas por el Gobierno de Guatemala y de los cooperantes

Pasó medio año desde el cambio del nuevo Gobierno, iniciado en enero de 2012, el Ministro de Salud fue cambiado 2 veces y el MSPAS continúa la modificación de la estructura organizacional. Reflejando esta situación los cooperantes están en búsqueda del lineamiento de cooperación adecuada. Aun en esta situación continua las medidas para resolver los problemas, el BID mencionó su apoyo que fue analizando desde el anterior Gobierno como “Programa de fortalecimiento de la red de hospitales” para ampliar los establecimientos de salud de tercer nivel. Sin embargo, solo está contemplado la construcción de 3 hospitales y la remodelación de 13 hospitales hasta ahora.

Además la oferta de servicio de APS en la zona rural está definida en el marco del presupuesto del anterior Gobierno para 2012, y los cooperantes han definido la continuidad de la cooperación para el PEC, por lo que se puede pensar que continúa el sistema de oferta del servicio de APS en el año 2012. Sin embargo, el MSPAS y algunos cooperantes tienen la opinión de rescindir la administración de APS en manos del sector privado, considerando que es necesario la coordinación entre los involucrados.

Las medidas para el hambre y la nutrición, está reconocido como problema social global, teniendo la postura de esforzarse para este problema con la coordinación de otros sectores, y se está realizando el “Programa de Nutrición Cero” desde febrero de 2012. De acuerdo a este lineamiento, varios cooperantes mencionaron sus intereses en realizar el apoyo para la nutrición. Se puede considerar que la coordinación y cooperación con la APS será más importante en el sector de salud.

7.2 Posibilidad de cooperación al sector de salud en Guatemala

Basando en los resultados de la cooperación japonesa para el sector de salud en Guatemala, pone las siguientes 2 propuestas. Primero, es la cooperación la que está realizando como programa, y lo otro, es el apoyo a la infraestructura.

(1) Modificación del Programa de desarrollo local (Apoyo al Programa)

Los 2 programas de desarrollo local que está realizando actualmente es coherente con la política de Gobierno de Guatemala que está priorizado el desarrollo local. Se considera realizar la cooperación en forma más integrada, a través de la integración de los temas de hambre y nutrición a estos programas definidos.

Especialmente en el “Programa de mejoramiento de la calidad de vida del área rural en el altiplano occidental” ya se involucró la cooperación para el sector de salud. Los beneficiarios del Proyecto para la Salud Materna e Infantil Fase II que se está llevando a cabo, coincide con el grupo meta de “Ventana de los 1000 días” que es un programa para el mejoramiento de la nutrición que realizará el MSPAS, y está definido para realizar una

actividad del Proyecto “Apoyar las actividad de orientación de nutrición y nutrición por la lactancia materna que se realiza en establecimientos de salud de primer y segundo nivel”. Además ya cuenta una miembro de Voluntarios Japoneses para la Cooperación Extranjera para la orientación en nutrición, que es efectivo para fortalecer la coordinación con el Programa “hambre cero” para realizar actividades de voluntarias.

(2) Fortalecimiento a la Red de Hospitales (Apoyo a la Infraestructura)

El Japón tiene el resultado en el mejoramiento y construcción de hospitales en la zona metropolitana en la cooperación para el sector de salud en Guatemala. Puede considerarse la cooperación para fortalecer la red de hospitales en el territorio de Guatemala, socializando las informaciones sobre el apoyo a la infraestructura con el BID que ya está mencionado su interés en cooperar con la infraestructura hospitalaria. Los contenidos de la cooperación son remodelaciones de los hospitales existentes, pero como fue mencionado en anteriormente, es necesario participar a la discusión de la visión de mediano y largo plazo con el MSPAS sobre la reestructuración de la categorización hospitalaria y los gobiernos locales se encargan de la administración de hospitales a través de la descentralización administrativa.

Documento adjunto

Adjunto 1 : Indicadores principales en el sector de salud

Adjunto 2 : Lista de Bibliografía

Adjunto 1: Indicadores principales en el sector de salud (Republica de Guatemala)

Republica de Guatemala			MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region	
0 General Information	0.1 Demography	0.1.01	Population, total		WDI	8,923,131	11,237,101	14,389,000	2010	582,551,688	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.02	Population growth (annual %)		WDI	2.3	2.4	2.5	2010	1.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.03	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	62.3	67.7	70.8	2010	74.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.04	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	39.1	36.6	32.3	2010	18.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.05	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	8.8	6.5	5.5	2010	5.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.06	Urban population (% of total)		WDI	41.1	45.1	49.5	2010	79.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	0.2 Economic · Development Condition	0.2.01	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI	950	1,730	2,740	2010	7,741	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.02	GNI growth (annual %)		WDI	3.2	3.5	2.8	2010	6.4	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.03	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI		86.7	98.6	2010	95.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.04	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI		89.3	95.5	2010	96.7	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.05	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			74.5	2009	91.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.06	Human Development Index		HDR	0.39	0.65	0.66	2011	0.73	(2011)	Latin America & Caribbean
		0.2.07	Human Development Index (rank)		HDR	109 / 160	114 / 173	108 / 187				
0.2.08		Poverty gap at \$1.25 a day (PPP) (%)		WDI		4.6	4.7	2006	3.3	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)	
0.3 Water and Sanitation	0.3.01	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	70	80	88	2010	94.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	0.3.02	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	18	22	27	2010	78.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
1 Health Status of People	1.1 Mortality and Morbidity	1.1.01	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			225	2008	72	(2008)	Americas
		1.1.02	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			471	2008	455	(2008)	Americas
		1.1.03	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			130	2008	63	(2008)	Americas
		1.1.04	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			35.2	2008	16.4	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.05	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			47.1	2008	72.0	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.06	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			17.8	2008	11.6	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.07	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			45	2008	20	(2008)	Americas
		1.1.08	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			31	2008	59	(2008)	Americas
		1.1.09	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			24	2008	21	(2008)	Americas
	1.2 Maternal and Child Health	1.2.01	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	140	110	110	2008	85.5	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.02	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		117.7	104.3	2010	71.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.03	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	77.9	48.5	31.8	2010	23.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.04	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	56.3	37.3	24.8	2010	18.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.05	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			11.4	2008	8.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.06	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	5.6	4.8	4.0	2010	2.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	1.3 Infectious Diseases	1.3.01	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.5	2009			
			b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.3	2009			
		1.3.02	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			184	2008			
		1.3.03	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			0	2008	1	(2009)	Latin America and the Caribbean
			b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			0	2008	3	(2009)	Latin America and the Caribbean
		1.3.04	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	134	124	110	2010	58	(2009)	Latin America and the Caribbean
		1.3.05	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	74	68	62	2010	43	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.06	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	4.4	5	3.9	2010	3.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.07	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	0.1	0.5	0.8	2009	0.5	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.08	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	100	1,200	2,600	2009			
	1.3.09	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database								
	1.3.10	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			6	2012				
		Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			4	2012				
		Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			6	2012				
1.4 Nutrition	1.4.01	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats		3.7	1.1	2009				
2 Service Delivery	2.1 Maternal and Child Health	2.1.01	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database			51.3	2009	88.0	(2009)	Latin America and the Caribbean
		2.1.02	Birth by caesarian section		GHO			16.3	2009	35.2	(2011)	Americas
		2.1.03	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs			54.1	2009	74.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.04	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats			93.2	2009	96.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.05	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats					88.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.06	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			27.6	2002	9.9	(2008)	Latin America and the Caribbean
		2.1.07	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	68	86	93	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.08	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	62	95	99	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.09	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	86	94	96	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean
			b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	66	81	94	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.10	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	74	80	94	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean

Adjunto 1: Indicadores principales en el sector de salud (Republica de Guatemala)

Republica de Guatemala			MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region		
		2.1.11	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo			94	2010	90	(2010)	Latin America and Caribbean	
	2.2 Infectious Diseases	2.2.01	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), male	6.2	MDGs								
		2.2.02	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	6.2	MDGs								
		2.2.03	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database								
		2.2.04	Women 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database								
		2.2.05	Ratio of school attendance of orphans to school attendance of non-orphans aged 10-14 years	6.4	MDGs Database								
		2.2.06	Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)	6.7	HNP Stats								
		2.2.07	Children under 5 with fever being treated with anti-malarial drugs, percentage	6.8	MDGs Database								
		2.2.08	Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage	6.10	MDGs Database		86	83	2008	77	(2008)	Latin America and the Caribbean	
		2.2.09	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	6.5	MDGs			44.0	2009				
		2.2.10	People aged 15 years and over who received HIV testing and counselling, estimated number per 1,000 adult population		GHO			32	2010				
		2.2.11	Testing and counselling facilities, estimated number per 100,000 adult population		GHO			3.8	2010				
		2.2.12	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO			21	2010				
		2.2.13	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (Mid point)	6.5	MDGs Database								
		2.2.14	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	57.0	38.0	37.0	2010	80	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		2.2.15	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)	6.10	MDGs		86.0	83.0	2009	77	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		2.3 Nutrition	2.3.01	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)		HNP Stats			36.0	2010			Latin America & Caribbean (developing only)
2.3.02	Consumption of iodized salt (% of households)			HNP Stats			76.0	2007	84.2	(2000)	Latin America & Caribbean (developing only)		
2.4 Quality and Coverage	2.4.01	Estimate of health formal coverage		ILO			72.6		69.2		Countries of medium vulnerability		
	2.4.02	Population not covered (%) due to financial resources deficit		ILO			68.1		39.4		Countries of medium vulnerability		
	2.4.03	Population not covered (%) due to professional health staff deficit		ILO			0.0		27.3		Countries of medium vulnerability		
3 Health System	3.1 Human Resources	3.1.01	Physicians (per 1,000 people)		HNP Stats	0.78			1.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)		
		3.1.02	Midwives (per 1,000 people)		HNP Stats								
		3.1.03	Nurses (per 1,000 people)		HNP Stats								
		3.1.04	Dentistry personnel density (per 10,000 population)		GHO			1.8	1999	12	(2005)	Americas	
		3.1.05	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO					6.9	(2005)	Americas	
	3.2 Health Financing	3.2.01	Health expenditure, total (% of GDP)		HNP Stats		5.5	6.9	2010	7.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.2.02	Health expenditure, public (% of total health expenditure)		HNP Stats		39.8	35.8	2010	50.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.2.03	Health expenditure, private (% of total health expenditure)		HNP Stats		60.2	64.2	2010	49.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.2.04	Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)		HNP Stats		89.7	84.0	2010	74.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.2.05	Health expenditure, public (% of government expenditure)		HNP Stats		16.7	16.2	2010	9.0	(2004)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.2.06	External resources for health (% of total expenditure on health)		HNP Stats		3.4	1.7	2010	0.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		3.2.07	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health		GHO			48.0	2009	72	(2009)	Americas	
		3.2.08	a) Health expenditure per capita (current US\$)		HNP Stats		95.1	196.2	2010	670.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
		b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		191	337	2009	3,346	(2009)	Americas		
	3.2.09	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		GHO		38.0	69	2009	1,566	(2009)	Americas		
3.3 Facilities, Equipments and Supplies	3.3.01	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public		GHO									
		b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private		GHO									
	3.3.02	a) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public		GHO									
		b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private		GHO									
3.3.03	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats	1.1		0.6	2010	1.9	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)			

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket)

and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]

Population (in thousands) total [B]

Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]

Population covered by total health expenditure not financed by out-of pocket if applying Benchmark* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]**

Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.

**This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate

can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]

Number of nursing and midwifery personnel [B]

Number of physicians [C]

Total population (in thousands) [D]

Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]

Total population covered if applying Benchmark* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]

Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x 100]

Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

Adjunto 2 : Lista de Bibliografía (República de Guatemala)

	TÍTULO	AUTOR	URL	AÑO
1	World Development Indicators & Global Development	World Bank	Finance http://databank.worldbank.org/ddp/home.do	2012
2	Human Development Report 2011	UNDP	http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/	2011
3	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003	INE, Ministerio de Salud y Deportes	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR159/FR159.pdf	2003
4	Plan de Gobierno 2012	SEGPLAN		2012
5	Orientaciones Estratégicas de Política 2012-2014	SEGEPLAN	http://www.segeplan.gob.gt/downloads/politicas_publicas/Orientaciones%20Estrat%C3%A9gicas%20de%20Pol%C3%ADticas.pdf	2011
6	Lineamientos Estratégicos del MSPAS 2012-2015	MSPAS		2012
7	Plan Estratégico Nacional de Salud (Documento Preliminar) 2012-2016			2012
8	Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Análisis de la Situación de País	United Nations	http://cms.fideck.com/userfiles/onu.org.gt/File/24013273440119718.pdf	2008
9	WHO Country Cooperation Strategy at a glance: Guatemala	WHO	http://www.paho.org/english/d/csu/BriefGUAEng.pdf	
10	Diagnóstico Nacional en Salud, marzo	MSPAS	http://sigsa.mspas.gob.gt/	2012
11	Sistema de Información Gerencial en Salud	MSPAS		
12	TERCER INFORME DE AVANCES EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia República de Guatemala		
13	Millennium Development Goals Indicators	United Nations	http://mdgs.un.org/unsd/mdg/	2012
14	Health Nutrition and Population Statistics	World Bank	http://data.worldbank.org/data-catalog/health-nutrition-population-statistics	
15	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009	MSPAS, INE		
16	Millennium Development Goals	World Bank	http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=N&CNO=1184&SET_BRANDING=YES	
17	Estudio Nacional de Mortalidad Materna	MSPAS		2011
18	Diagnóstico Nacional de Salud			2012
19	World Health Statistics 2011	WHO	http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf	2011
20	Indicadores Básicos de Análisis de Situación de Salud	MSPAS, CNE		2010
21	Estadísticas VIH y VIH avanzado Guatemala enero 1984-diciembre	MSPAS	http://www.osarguatemala.org/userfiles/Boletin%20VIH-VIHavanzado%20enero2011.pdf	2010
22	Manual de diagnóstico y atención para la enfermedad de Chagas			2005
23	Tuberculosis Profile, Guatemala	WHO	https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GT&outtype=html	

Adjunto 2 : Lista de Bibliografía (República de Guatemala)

	TÍTULO	AUTOR	URL	AÑO
24	Informe año 2009	MARN		2010
25	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011 (ENCOVI)	ELCSA		2012
26	Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: sus causas y abordaje	UNDP	http://www.pnud.org.gt/data/publicacion/cuaderno_malnu_final.pdf	2010
27	Datos del departamento de estadística del IGSS			
28	GUATEMALA : LA EXPERIENCIA EXITOSA DE LA EXTENSION DE COBERTURA	MSPAS	http://www.funsalud.org.mx/red-jlb/pdf/guat-mex.pdf	2001
29	Guatemala Best Action Plan for Family Planning, MNCH and Nutrition	USAID	http://transition.usaid.gov/gt/docs/best_action_plan.pdf	2011
30	Renewing Primary Health Care in the Americas	PAHO	http://www.paho.org/english/AD/THS/PrimaryHealthCare.pdf	2007
31	Serie de documentos de análisis, Boletín No. 6, Contamos!	UNICEF		2011
32	PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA RED HOSPITALARIA	BID	http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=929489	2007
33	Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS, VHI y SIDA 2006-2010	MSPAS	http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Guatemala_06-10.pdf	
34	Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, Análisis de Situación de País			2008
35	Sistema de Vigilancia de la Malnutrición en Guatemala	USAID		2012
36	Respuesta de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para reducir la Mal Nutrición	MSPAS		2012
37	Plan Operativo	MSPAS, PROSAN		2012
38	Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Guatemala	MSPAS	http://epidemiologia.mspas.gob.gt/vigepi/SINAVE%20MSPAS.pdf	2007
39	Cooperación Internacional en Salud en Guatemala- Situación y antecedentes en el trabajo conjunto y mapeo actualizado	PAHO	http://psynmi.org/portal.mspas.gob.gt/images/stories/informacion_institucional/cooperacion_internacional/mapeo_cooperacion_internacional_en_salud.pdf	2008
40	Country Partnership Strategy for the Republic of Guatemala August	World Bank		2008
41	Country Assistance Programme for Guatemala 【en japonés】	Ministry of Foreign Affairs of Japan	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/jigyuu/pdfs/guatemala.pdf	2011