



Series de Noticias Técnicas Sobre Extensión de Cobertura—Artículo 2

# Un ejemplo exitoso de cooperación entre el sector público y la sociedad civil

**U**NA Organización No Gubernamental—más conocida por sus siglas ONG—es una entidad de carácter privado generalmente sin fines de lucro, reconocidas jurídicamente por el Estado, con objetivos definidos por sus integrantes, creada independientemente de los gobiernos locales, regionales y nacionales, así como también de los organismos internacionales.

Las ONG son orientadas a las acciones e impulsadas por individuos o grupos con un interés común. Cubren una gran variedad de temas y ámbitos que definen su trabajo y desarrollo. Algunas ONG están organizadas alrededor de temas específicos como derechos humanos, el ambiente y la salud, entre otros.

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Administración Social (MSPAS) en una alianza estratégica con 85<sup>1</sup> ONG han decidido canalizar su energía en el tema de salud proveyendo servicios básicos de salud a las comunidades más postergadas por medio del Programa de Extensión de Cobertura (PEC).

El PEC inició en 1997 con el objetivo de llevar servicios de salud al 46% de la población que para antes del 1996 no tenía acceso físico a las instalaciones de salud existentes. Con el liderazgo del MSPAS y el apoyo de la cooperación internacional, el MSPAS diseñó e implementó un Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS) el cual provee servicios en áreas de promoción, prevención y recuperación de la salud en el primer nivel de atención.

Para la entrega del CSBS, el MSPAS hace convenios con ONG las cuales brindan estos servicios a través de Equipos Básicos de Salud (EBS), personal contratado y personal voluntario de las comunidades atendidas. Los EBS están compuestos por un(a) médico(a) o un(a) enfermero(a) profesional quien da la atención de salud en forma ambulatoria; un facilitador(a) institucional, quien se encarga de apoyar al personal comunitario. A partir del año 2005, las ONG cuentan con un Coordinador Técnico por cada 4-6 jurisdicciones; en jurisdicciones priorizadas por pobreza y desnutrición crónica, con una a dos educadoras en salud y nutrición, quienes apoyan

## Contenido

- Introducción . . . . . 2
- ¿Cómo era la situación antes del Programa de Extensión de Cobertura (PEC)? . . . . . 3
- ¿Qué es el PEC? . . . . . 3
- ¿Quiénes fueron y qué resultados obtuvieron los primeros prestadores de servicios? . . . . . 4
- ¿Cómo son los actuales proveedores de los servicios básicos de salud? . . . . . 5
- ¿Cómo se seleccionan y adjudican los convenios de prestación del CSBS? . . . . . 8
- ¿Para qué son los recursos que el MSPAS traslada a las ONG? . 10
- ¿Qué diferencia a las ong exitosas de las demás? . . . . . 10
- ¿Qué problemas enfrenta el programa con relación a la oferta de los proveedores del CSBS? . . . . . 10
- Un ejemplo: El caso de adiss en San Marcos . . . . . 11

<sup>1</sup> A Diciembre 2006

¿Qué espera el MSPAS para el futuro en materia de proveedores del servicio? . . . . .	12
Reflexión . . . . .	13
Anexo 1. Listado de ONG con Convenio en el 2006 por Área de Salud . . . . .	14
Anexo 2. El Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS) . . . . .	16
Anexo 3. Sigla y definición. . . . .	18

las acciones de monitoreo del crecimiento en niños y ganancia de peso en embarazadas, actividades educativas con madres y adultos en temas relacionados con la nutrición, alimentación e higiene. Así mismo, en las jurisdicciones priorizadas por muerte materna se incorporó al equipo un auxiliar de enfermería capacitada en atención materno neonatal.

Cada ONG puede tener más de un convenio y cubrir más de una jurisdicción según su capacidad de ejecución y su excelencia en el desempeño.

Las 85 ONG que tenían 402 convenios con el MSPAS a Diciembre del 2006, ofrecieron el CSBS en 26 áreas de salud a 4.1 millones de personas del área rural, que viven en 8,596 comunidades y que con anterioridad al programa, no tenían cobertura de los servicios de salud públicos, mejorando los índices de salud relacionados con tasas de mortalidad infantil, materna y general. Además, en los lugares poblados que cubre el PEC se cuenta con un censo poblacional actualizado.

La participación de las ONG ha permitido que el PEC se lleve a cabo y que la atención llegue a los beneficiarios en cada comunidad. El

personal contratado por la ONG en conjunto con el personal voluntario se encarga de conocer a todos y cada uno de los miembros de la comunidad y se aseguran que llegue a ellos el CSBS.

El PEC es una demostración que cuando existe una verdadera visión y objetivo común, se genera una sinergia que permite alcanzar cualquier tipo de metas colectivas trazadas. No importa cuál sea la modalidad o el vehículo, unidos el gobierno y la sociedad civil pueden asegurar el bienestar común y con el, un nivel de salud superior a todas las guatemaltecas sin importar su estrato social o ubicación física.

El entusiasmo, el compromiso y la voluntad de todas las personas involucradas en el PEC, ya sea por medio de ONG u otras instituciones que promueven este programa, son un ejemplo a seguir ya que gracias a su participación han creado un efecto de bienestar multiplicador que ha alcanzado a 4.1 millones de personas.

## Introducción

Hay un intenso debate en el mundo sobre cuál debe ser el rol de un Estado Moderno. Existe una corriente de pensamiento que opina que el sector público debe planear, ejecutar, controlar y regular todas las funciones que la sociedad le quiera delegar; mientras que la opuesta considera que el rol de un Estado moderno está solamente en regular y controlar las funciones que los ciudadanos individualmente no son capaces de ejercer por sí mismos —defensa y relaciones exteriores por ejemplo.

En la década de los 90's, cuando se pensó en la privatización de las funciones empresariales que algunos Gobiernos en el mundo ejecutaban, principalmente aquellos

*La Implementación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), que lidera el Ministerio de Salud de Guatemala, ha demostrado que cuando el Sector Público y la sociedad civil aplican y complementan sus capacidades, la sinergia genera resultados altamente exitosos y socialmente rentables.*

altamente centralizados, se recurría al argumento de que las empresas tienen más capacidad gerencial que las instituciones públicas, generalmente lentas y burocráticas. Ante este argumento, grupos sociales—sindicatos principalmente, recurrían al argumento que la privatización era sinónimo de pérdida de soberanía y de recursos que pertenecían a todos los ciudadanos. En nuestros días la discusión continúa y en algunos países de Latinoamérica al revertirse los procesos de privatización, pareciera que la polarización aumenta.

Al margen de la discusión conceptual e ideológica, en Guatemala, el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) que ejecuta el Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (MSPAS), pareciera haber encontrado un **sano equilibrio**

que ha acercado la salud preventiva a **4.1 millones de habitantes de las áreas rurales del país**, que previo al programa, no tenían cobertura de los servicios de salud proveídos por el Estado.

El PEC es un ejemplo de que, cuando ambos sectores ponen al servicio de la colectividad sus capacidades buscan la cooperación, la rivalidad termina y los programas son efectivos o socialmente rentables.

### ¿Cómo era la situación antes del Programa de Extensión de Cobertura (PEC)?

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el año 1994 publicó en uno de los documentos que caracterizaba el sistema de salud de Guatemala:

*“El nivel de salud de la población se puede considerar en términos generales como muy insatisfactorio a la luz de la interpretación de los principales indicadores. En los últimos 20 años, Guatemala ha logrado menos progreso en sus indicadores de salud que la mayoría de los países de América Latina”.*<sup>2</sup>

En 1995, previo a la firma de los Acuerdos de Paz, el Presupuesto sectorial de salud ejecutado por las todas las instituciones del Estado era de US \$132.6 millones (Q. 746.6 millones), del cual el MSPAS representaba el 90% (US \$118.8). Con esta cantidad de recursos, el MSPAS  **cubría solamente una población de 3.0 millones de los casi 10.0 millones de guatemaltecos**, con servicios principalmente hospitalarios<sup>3</sup>.

Ante esta grave situación, los Acuerdos de Paz<sup>4</sup> establecieron metas concretas con relación al sector de salud, entre ellas:

- *“Coordinar las instituciones del sector salud, bajo la rectoría del MSPAS.*
- *Incrementar el gasto público ejecutado en salud con relación al PIB, para el año 2,000 en un 50% respecto al gasto ejecutado en 1995.*
- *Presupuestar el 50% del gasto público en salud en atención preventiva.*
- *Reducir la mortalidad infantil y materna, antes del año 2,000 a un 50% del índice observado en 1995.*
- *Obtener la certificación de la erradicación de la poliomielitis y alcanzar la del sarampión para el año 2000.*
- *Estudiar y aplicar modalidades de compra que aseguren la transparencia en la negociación comercial, calidad y bajo precio de los medicamentos para garantizar la prestación eficiente de servicios.*
- *Estudiar y rescatar las concepciones, métodos y prácticas de la medicina indígena y tradicional.*
- *Fomentar la participación activa de las municipalidades, las comunidades y las organizaciones sociales en la planificación, ejecución y fiscalización de la administración de los servicios y programas de salud.*
- *Asegurar, bajo una organización descentralizada de los distintos niveles de atención, la existencia de programas y servicios de salud a nivel comunal, regional y nacional.”*

El Gobierno del entonces Presidente, Alvaro Arzú, y el equipo liderado por el Ministro, Marco Tulio Sosa, tuvo el reto de implementar un programa con agresivas acciones que acercaran los servicios preventivos de salud, hasta entonces proveídos en su mayoría por servidores públicos a través de una red de puestos y centros de salud y hospitales públicos, a toda la población.

### ¿Qué es el PEC?

Era evidente que cambiar el modelo curativo por uno que se enfocara en la salud preventiva no era fácil en un país con una alta población rural dispersa, multilingüe e incrédula por la inercia de mucho pedir y esperar. Su ejecución requería, además, apoyo técnico y financiero.

El PEC inició su ejecución en 1997 con el auspicio de un préstamo sectorial del BID al Gobierno de Guatemala firmado en 1995<sup>5</sup>. El préstamo tenía como objetivo fundamental proveer los servicios básicos de salud a la población no cubierta por el sistema público de salud—cerca del 46% de la población total según la OPS<sup>6</sup>. El préstamo financió la definición de la estructura orgánica, de los procedimientos, y del Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS) a ofrecer a los beneficiarios. La provisión, se financió con fondos del MSPAS.

El PEC se concibió con una cobertura nacional, pero debía desarrollarse en varias etapas de tal forma de poder ir abarcando mayor cobertura de forma progresiva. La primera etapa del programa se inició en 3 departamentos

<sup>2</sup> “Reorganización del Sistema de Atención de Salud.” Plan de Acción del Programa de Cooperación Técnica GU-0023. Programa Sectorial de Salud. Julio 1994.

<sup>3</sup> OPS. Mesoamérica. RBM-Gut. 1995

<sup>4</sup> Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. Acuerdos de Paz Firme y Duradera. Mayo, 1996

<sup>5</sup> Préstamo BID GU- 0023

<sup>6</sup> Organización Panamericana para la Salud (OPS)

y de las experiencias de esta primera fase, se pretendía aumentar la cobertura a 8 departamentos más en 3 años. Se esperaba que esta cobertura inicial se extendiera a todo el país.

Sin embargo, la principal preocupación del Equipo Ejecutor del PEC, tal como lo expresa su primera coordinadora, Hedi Deman, era: *“cómo y quien podía llegar hasta los lugares más alejados, cambiar la cultura de desconfianza que nos había dejado la guerra interna, y además brindar los servicios con la mística, calidez y la técnica que requeríamos? En ese momento, no había personal médico suficiente; no había ejecutores, ni en el sector público ni en el privado, y si los había, no creían que fuera posible trabajar, con el Gobierno... Además, el MSPAS no tenía la capacidad de dirigir y supervisar un esfuerzo tan grande.”*

Con estas limitaciones, se diseñó un modelo de implementación, basado **en la oferta y no en la demanda de servicios** a una población organizada en **jurisdicciones**, las cuales agrupan a un promedio de 10,000 habitantes que pueden ser atendidos con mayor facilidad y acceso territorial. Las jurisdicciones contienen de 70 a 100 **sectores**, los que a su vez agrupan un promedio de 30 familias cada uno. Sin embargo, no siempre fue así. Al principio, el PEC partió del enfoque de la oferta de vacunación y atención a los enfermos y poco a poco ha ido evolucionando a buscar a todos los beneficiarios, con un enfoque de oferta, para proveer un conjunto de servicios básicos de salud.

Iniciativas anteriores del MSPAS habían fomentado la capacitación de promotores comunitarios, quienes eran voluntarios y cuya labor principal

consistía en el apoyo de las actividades del o la auxiliar de enfermería de los puestos de salud existentes. Rescatar y pedir el apoyo de estos voluntarios podía ser la clave para iniciar el programa.

### ¿Quiénes fueron y qué resultados obtuvieron los Primeros Prestadores de Servicios?

El diagnóstico inicial del PEC indicó que algunos de los promotores comunitarios estaban activos y vinculados a algunas organizaciones voluntarias, las que, dentro de sus servicios, proveían algunos servicios básicos de salud.

Se detectaron Organizaciones de Desarrollo No Gubernamentales (ONG) sin fines de lucro, que trabajaban en el área rural comprendida en alguno de los tres departamentos de la fase piloto.

Una de ellas fue **FUNDEMI**, fundación vinculada a la acción social de la iglesia católica, ubicada en el Departamento de Alta Verapaz. FUNDEMI ha trabajado como “facilitadora de los procesos de desarrollo para la autogestión comunitaria” y su población meta han sido las familias campesinas. Las áreas en las que se ha desenvuelto son: 1) promoción de auto-gestión comunitaria; 2) creación de dirigencia local; 3) incentivos al empoderamiento a través de programas de desarrollo social y productivo. FUNDEMI había trabajado en los municipios de Chisec, Lanquín, San Pedro Carchá, Cobán, Fray Bartolomé de las Casas y Santa María Cahabón, todos en Alta Verapaz.

Las otras ONG iniciales también estuvieron vinculadas a la iglesia católica:

- 1) Parroquia de Santiago Jocotán,
- 2) las diócesis de Jalapa y Santa Rosa, y
- 3) el Dispensario Elizabeth Setón en Rabinal, Baja Verapaz.

El trabajo con las primeras ONG hizo que el PEC se diera a la tarea de “despertar y promover la oferta privada” para poder implementar el programa.

Generar la demanda permitió que ONG que no se dedicaban exclusivamente a prestar servicios de salud se interesaran en participar.

No fue sino hasta 1997, cuando el MSPAS, inició la implementación del PEC bajo la figura de convenios anuales con 12 ONG, para cubrir una población de 229,052 personas.

Entre enero y agosto del 1998, el MSPAS ya había firmado **87 convenios con 73 ONG para cubrir 1.87 millones de personas en 112 municipios de 8 Departamentos del país**<sup>7</sup>, sobrepasando la meta original del Préstamo BID—Préstamo PMSS I—de 1.6 millones de personas.<sup>8</sup> La asignación por el MSPAS de Q. 13 millones utilizados en 1997, llegó a Q. 17 millones para el presupuesto del año 2000.

Durante los primeros tres años de implementación del PEC se realizó un esfuerzo por sistematizar la labor realizada por las ONG. Sin embargo, en el período de gobierno 2000-2003 no se continuó el desarrollo metodológico, no se documentaron los procesos ni los resultados, y se disminuyó la asignación presupuestaria a cerca la mitad del presupuesto del año 2000. (Ver Tabla 1)

En el 2004, se llevaron a cabo 2 evaluaciones de carácter nacional,

<sup>7</sup> Alta Verapaz, Petén, Jalapa, Chiquimula, Sololá, Quetzaltenango, Totonicapán y San Marcos.

<sup>8</sup> Banco Mundial. Evaluación del sector de salud en el Seguimiento de los acuerdos de paz a septiembre 1998.

**Tabla 1. Presupuesto de extensión de cobertura de acuerdo con financiamiento MSPAS, BID, PLAN INTERNACIONAL Y AID del año 1997 al 2007\***

Áno	Presupuesto millones Q.
1997	13.23
1998	68.84
1999	140.76
2000	117.05
2001	108.63
2002	119.34
2003	77.27
2004	66.90
2005	113.99 + 66.55 BID + 10.4 PI = 190.94
2006	149.97 + 75 BID + 7.6 PI + 12 AID + .5 Intervida = 245.07
2007	167.99 + 73.59 BID + 6.47 PI + 20 AID + Aporte en especie de Intervida = 268.05

Fuente: Ejecución Presupuestaria del PEC, Ag. 2007

\* Un préstamo del Banco Mundial firmado el 18 de mayo de 2007 incrementará el presupuesto en Q.33.4 millones anuales.

una sobre indicadores trazadores y la otra sobre la capacidad de las ONG prestadoras para proveer servicios básicos. La primera evaluación permitió identificar la cobertura basal de los principales indicadores. A través de la segunda se actualizó la información de la totalidad de las ONG y de los inventarios. Estas auditorías permitieron identificar a los malos proveedores, que afortunadamente estuvieron alrededor del 10%, presentándose las denuncias correspondientes.

La experiencia que vivió el PEC hasta el 2004, reforzó la idea de sistematizar los procedimientos y aplicarlos con absoluta transparencia. En el 2005 se emitieron normas y reglamentos que no solamente tienen como objetivo evitar la corrupción, sino también el de orientar la gestión de los ejecutores con mayor detalle de los

procedimientos. Lo anterior debido a que la mayoría de las ONG con convenios con el MSPAS son de base comunitaria y requieren de apoyo cercano y permanente.

A Diciembre del 2006, el PEC ya realizaba su labor a través de **85 proveedores, con los cuales el MSPAS había suscrito 402 convenios, lo que permitía llevar el CSBS a 402 jurisdicciones, que aglutinaban a 8,596 comunidades rurales y a alrededor de 4.1 millones de habitantes**, en 4,436 centros de convergencia ubicados en 198 municipios. (Ver Tabla 2)

### ¿Cómo son los actuales proveedores de los Servicios Básicos de Salud?

Las ONG prestadoras y/o administradoras de servicios son organizaciones civiles, generalmente sin fines de lucro, legalmente constituidas y que entre sus funciones está la provisión de servicios de salud.

Las organizaciones con las cuales trabaja el MSPAS, en general se formaron en las décadas de los 90's

y 2000. Entre ellas, hay ONG con vinculación a las iglesias, así como asociaciones de padres de familia, asociaciones de desarrollo vinculadas a actividades productivas organizadas en gremiales empresariales, y asociaciones de personal médico y de salud independientes.

La mayoría de ONG tienen como filosofía general **"trabajar para y con las comunidades que atienden"** ofreciendo programas de educación, salud y desarrollo integral. En el Anexo I, se muestra el listado de ONG que tenían convenios con el MSPAS en el 2006.

Estas ONG contrataron personal y conformaron Equipos Básicos de Salud (EBS) institucional y comunitario integrado por profesionales de la salud y personal comunitario voluntario con experiencia y compromiso con la búsqueda del bienestar familiar y comunitario.

La organización del recurso humano involucrado en el PEC, desde la Dirección de Área de Salud hasta la Comunidad se observa en la Gráfica 1, siguiente.

**Tabla 2. Cobertura de provisión de CSBS de 1999 al año 2006**

Información	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Municipios*	176	145	164	164	184	168	184	198
Jurisdicciones (aproximadamente 10,000 habitantes)	252	248	288	290	303	316	376	402
Centros de Convergencia o Comunitarios	2,229	2,200	2,501**	2,700**	3,945**	3,062	3,989	4,436
Población bajo convenio (Millones de habitantes)	2/9	2.9	3.0**	3.2**	3.6**	3.2	3.8	4.1

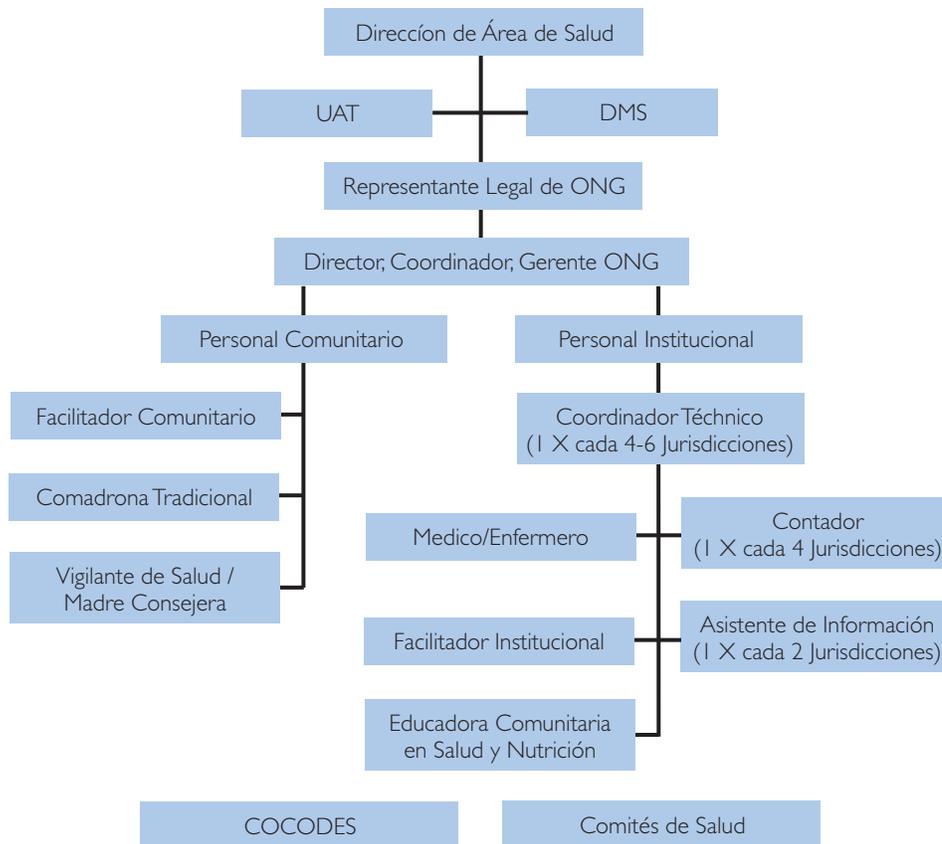
Fuente: Informe de Labores del PEC, MSPAS, Ag. 2007

\* Ubicados en 20 de 22 departamentos.

\*\* No existe documentación que respalde la información, aunque se reporta en los datos oficiales del MSPAS

\*\*\* Mediante la capacidad instalada del MSPAS y Cooperación Cubana se cubrieron 700,000 habitantes adicionales haciendo un total de 3.5 millones de habitantes

## Gráfica I. Organización del Recurso Humano involucrado en el PEC



El perfil de los integrantes del EBS es el siguiente:

### Coordinador(a) Técnico

Debe ser Licenciado(a) en Ciencias de la Salud, Médico o Licenciada(o) en Enfermería, con experiencia mínima de 3 años en puestos de coordinación de programas o proyectos de salud especialmente, en el primer nivel de atención. Su principal responsabilidad es la de asegurar la entrega del CSBS con calidad y calidez en las jurisdicciones bajo su responsabilidad mediante acciones sistemáticas de supervisión que permitan alcanzar las metas convenidas.



### Contador(a)

Perito(a) Contador(a) registrado ante la Superintendencia de



Administración Tributaria (SAT), con conocimientos básicos de paquetes de computación (Microsoft Office) y experiencia mínima de un año. Sus principales responsabilidades son operar y llevar registro del proceso contable de la prestación o administración de CSBS, que incluye el control interno financiero y administrativo.

### Asistente de Información

Bachiller(a) en Computación o Perito(a) Contador(a), con conocimientos básicos de paquetes de software (Microsoft Office) y experiencia mínima de un año en puestos similares. Sus principales responsabilidades son: 1) registrar la información de la producción de servicios y administración (estadísticas de salud, medicamentos, insumos



y suministros) en bases de datos electrónicos, 2) verificar la calidad de información y 3) ordenar todos los instrumentos de registro de información.

### Médico(a) Ambulatorio o Enfermera(o) Ambulatoria

Médico(a) en el grado de Licenciatura en Ciencias de la Salud y colegiado(a) activo(a), Enfermera(o) en grado de Licenciatura y colegiada(o) activa(o) o Enfermera(o) egresada(o) de escuelas oficiales avaladas por el MSPAS y/o Universidades con el debido registro; con experiencia mínima de un año en la prestación de CSBS.



Sus responsabilidades son: proveer la oferta y entrega de servicios básicos de salud a la población de la jurisdicción establecida en el convenio, priorizando los controles de salud de embarazadas, puérperas y niños de acuerdo con la concentración que plantea la meta; dar seguimiento a la detección de recién nacidos y embarazadas de cada mes para incorporarlos al servicio, atender a los enfermos y llevar los controles médicos y estadísticos de la población beneficiaria. Así mismo, el MA o EA capacita a la CT mensualmente y supervisa y monitorea las actividades que realiza.

### Facilitador(a) Institucional

Auxiliar de Enfermería o Técnico(a) en Salud Rural. El(la) facilitador(a) institucional debe proveer la oferta y entrega de servicios básicos de salud a la población de la jurisdicción en convenio, priorizando los controles de salud que corresponda a embarazadas, puérperas y niños con la concentración que plantea la meta; dar seguimiento



a la detección de recién nacidos y embarazadas de cada mes para incorporarlos al servicio, actividades de promoción y educación en salud y ambiente y llevar los controles y registros a su cargo. El FI es también el encargado de capacitar y supervisar al FC y VS. Así mismo, facilita los procesos de participación comunitaria,

### Facilitador(a) Comunitario(a) (FC)

Escolaridad mínima de sexto grado de educación primaria; con liderazgo en la comunidad y con residencia en el área geográfica de alguno de los centros de convergencia bajo su responsabilidad en la jurisdicción.



Su principal responsabilidad es participar en la entrega de servicios básicos de salud a las familias de las comunidades a su cargo, lo que significa:

- avisar tanto a las familias como al médico(a) o enfermera(o) y FI sobre las personas que deberán recibir control en cada visita, así como los nuevos recién nacidos y embarazadas,
- coordinar y supervisar el trabajo realizado por los vigilantes de salud,
- apoyar al VS en el monitoreo y promoción del crecimiento.

### Comadrona Tradicional o Partero

Es toda comadrona o partero que haya atendido como mínimo un parto y que brinde atención materna en la comunidad donde reside o comunidades aledañas. Su función es asegurar la atención de partos no



complicados limpios y seguros en el ámbito comunitario y reconocer las señales de peligro del embarazo, parto y posparto y en el recién nacido para su referencia oportuna al siguiente nivel de atención.

### Vigilante de Salud (VS)

Escolaridad mínima de tercer grado de educación primaria, con liderazgo en la comunidad; preferiblemente mujer y con respaldo de su comunidad. Su función es la de promover la oferta de servicios básicos de salud a las familias de las comunidades a su cargo, dar consejería, anotar pesos en los listados, realizar el monitoreo y promoción del crecimiento y entregar la información mensualmente al facilitador(a) comunitario(a).



### Educadoras Comunitarias en Salud y Nutrición<sup>9</sup>

Maestra de Educación para el Hogar; Maestra de Educación Primaria o Rural, Auxiliar de Enfermería, con experiencia en organización y participación comunitaria, conocimientos sobre la aplicación de metodología de educación de adultos, hablar el idioma local y deseable experiencia en proyectos de seguridad alimentaria y nutricional.



Sus principales responsabilidades son: 1) identificar, seleccionar y capacitar a madres consejeras; 2) capacitar personal comunitario sobre las acciones de la estrategia de AINM-C; 3) supervisar las sesiones de monitoreo del crecimiento; 4) ejecutar sesiones educativas y de demostración de preparación de alimentos;

5) supervisar la distribución del alimento complementario en conjunto con el EBS; 6) monitorear niños con desnutrición; y, 7) llevar controles y registros.

### Madre Consejera o Monitora

Preferiblemente madres de niños menores de 5 años y alfabetos, líderes dentro de su comunidad y con espíritu de compromiso de cumplir con las responsabilidades asignadas.



Es requisito indispensable que hayan participado en las capacitaciones establecidas en las cuales se tratan los siguientes temas: promoción y monitoreo del crecimiento esperado de los niños y de la ganancia de peso de las embarazadas, producción, adquisición, preparación y distribución intrafamiliar de alimentos, alimentación durante el embarazo y la lactancia, lactancia materna exclusiva y alimentación del niño menor de 3 años, preparación del alimento complementario Vitacereal, cuidado de los niños en el hogar, higiene, uso adecuado de agua y eliminación de basura.

Las Madres Consejeras únicamente existen en los 70 municipios de prioridad II por índice de NBI.

### Auxiliar de Enfermería Calificada en Atención Materna Neonatal

Es auxiliar de enfermería egresado de la escuela de auxiliares de enfermería reconocidos pro el MSPAS. Hablan el idioma local y residen en las comunidades.



<sup>9</sup> En municipios priorizados, 2 en 41 municipios con altos indicadores de NBI y 1 en 83 municipios con alta desnutrición crónica

Se incorporaron al EBS únicamente en los departamentos de mayor mortalidad materna. Su principal función es darle cumplimiento a las normas de atención prenatal, parto, post parto y control de recién nacidos. Así mismo, la detección, estabilización y referencia de los casos complicados.

### Facilitador Institucional (FI)

Auxiliar de Enfermería o Técnico(a) en



Salud Rural. El(la) facilitador(a) institucional debe programar y capacitar a Facilitadores Comunitarios (FC) y Vigilantes de Salud (VS) debe elaborar croquis y censo de la jurisdicción, actualizando los nacimientos y defunciones de la comunidad, dar charlas de consejería a asistentes a las actividades programadas, vacunar a niños y mujeres y visitar a los que no llegan al centro comunitario.

En donde no hay educadora comunitaria, supervisa la promoción de crecimiento, administra vitamina "A" y micronutrientes a niños menores de 5 años. Realizar el control de la cadena de frío y análisis de la sala situacional de la comunidad. Participar en la elaboración y ejecución de proyectos de mejoramiento del ambiente. Apoya la elaboración del plan de emergencia y verifica su ejecución.

Un requisito importante para **todos** los miembros del EBS es que deben vivir en el área geográfica en donde prestan los servicios, o cerca de los centros de convergencia que atienden. Esta condición asegura que los pobladores tengan una mayor interacción con ellos y evita movilizaciones o desplazamientos mayores en áreas con poco acceso.

A diciembre 2006, la UPS-I/SIAS reportó la existencia de **41,722 personas** proveyendo el CSBS.

Estas personas se dividían así:

- 106 coordinadores(as) técnicos(as)
- 428 médicos(as) y/o enfermeras(os) ambulatorias(os)
- 485 facilitadores(as) institucionales
- 265 educadoras comunitarias en salud y nutrición.
- 59 auxiliares de enfermería calificadas en atención materno neonatal.
- 197 asistentes de información
- 144 contadores (as)
- 4,177 facilitadores(as) comunitarios(as)
- 25,393 vigilantes de salud
- 10,527 comadronas tradicionales o parteros
- 9,379 madres consejeras o monitoras en las jurisdicciones de los 41 y 83 municipios en proceso de selección y capacitación.

### ¿Cómo se seleccionan y adjudican los convenios de prestación del CSBS?

Desde el año 2005, el PEC aplica un procedimiento de selección de proveedores de salud que está normado y sistematizado. El proceso tiene las siguientes características:

- **Incluyente**, porque se realiza en el ámbito nacional y todas las organizaciones de la sociedad civil legalmente constituidas pueden participar.
- **Igualitario**, porque todos los oferentes participan en igualdad de condiciones.
- **Descentralizado**, porque la selección de proveedores es responsabilidad del Comité calificador integrado por la Dirección de Área de Salud

(DAS), el Distrito Municipal de Salud (DMS) y observadores externos.

- **Transparente**, porque involucra actores de la sociedad civil y/o representantes de la cooperación externa que dan fe y documentan los procedimientos realizados.
- **Objetivo**, porque se basa en procedimientos preestablecidos y criterios ponderables cuantitativa y cualitativamente.
- **Sencillo**, porque es de fácil comprensión y realización.
- **Sistemático**, porque se realiza por etapas, tiene procedimientos y criterios preestablecidos que se aplican permanentemente y permite el seguimiento de las acciones.
- **Permanente**, porque los oferentes interesados pueden presentar formulario de preselección durante todo el año; y,
- **Perfectible**, porque permite el continuo fortalecimiento ó mejoramiento en la actualización y adecuación con base en la experiencia.

El proceso está dividido en dos etapas: el de preselección y el de selección y adjudicación. (Ver gráfico 2)

### Proceso de Preselección

Su objetivo es **identificar a las ONG** que cumplan con los requisitos establecidos por el MSPAS, para proveer servicios básicos de salud.

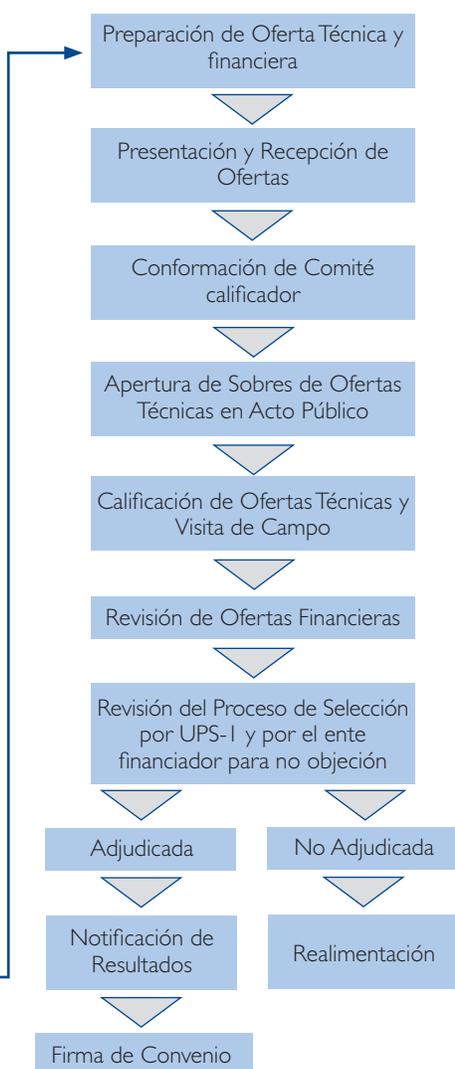
Para ello, el nivel central y la DAS realiza 2 convocatorias públicas al año, por medio de los medios de comunicación masivos escritos y/o radiales a nivel nacional y local, así como en el Portal de Gobierno GUATECOMPRAS. Se ha diseñado un **formulario de preselección** que es entregado de forma gratuita en la DAS o en la UPSI/SIAS del MSPAS,

**Gráfico 2. Proceso de Selección y Adjudicación**

**1. Etapa de Preselección de Oferentes**



**2. Etapa de Selección y Adjudicación**



el cual contiene preguntas generales que permiten al MSPAS, conocer si el oferente cumple con los requisitos para proveer CSBS. Se lleva un registro de los oferentes que retiraron formularios.

La información recibida de los oferentes, 15 días después de la convocatoria, es analizada y calificada por un **Comité de Preselección**, nombrado exclusivamente para el efecto por parte de cada DAS, con participación de un observador honorable de la sociedad civil sin vínculos con las ONG oferentes ni con el MSPAS. El comité, después de

la evaluación notifica por escrito a los oferentes sobre los resultados de la preselección, la cual también queda registrada en una base de datos.

**Proceso de Selección y Adjudicación**

Esta etapa tiene como objetivo **asignar las jurisdicciones en concurso a los oferentes** que, de acuerdo con los requisitos establecidos, obtienen la mayor calificación. El proceso se inicia con la **recepción de las ofertas y finaliza con la firma de convenios** entre el oferente seleccionado y el

MSPAS, para legalizar los compromisos adquiridos por las partes.

Solamente los oferentes preseleccionados pueden participar en esta etapa; éstos reciben los **Términos de Referencia** para preparar y presentar la oferta técnica, así como la oferta financiera la cual es un desglose del monto per cápita previamente definido por el MSPAS para proveer el CSBS en las jurisdicciones disponibles y que sean de su interés.

Las ofertas técnicas y los desgloses financieros recibidos en la DAS, son calificados por el **Comité de Selección** nombrado exclusivamente para el efecto. Para la apertura de ofertas la DAS invita por escrito a los oferentes. La calificación se realiza con base en el cuadro de calificación definido. Aquellas ofertas que obtienen el mayor puntaje (con un mínimo de 61 puntos) son objeto de una **visita de campo**, que tiene como finalidad **comprobar que la información obtenida es fidedigna**.

El informe de la visita—preparado en una matriz de calificación ya definida, es la que determina un nuevo puntaje, base para que el Comité escoja a la de mayor calificación. Una vez concluido el proceso de selección, la DAS envía a UPS I toda la documentación para verificar que se cumplió con el proceso de selección de oferentes de acuerdo a la normativa.

Si el proceso para la selección de proveedores del CSBS cumplió con todos los requisitos, y si la entidad financiadora da la No objeción, la DAS notifica los resultados a las organizaciones. Por último se procede a elaborar y firmar un convenio entre las DAS/MSPAS y el oferente seleccionado, para legalizar las responsabilidades adquiridas por las partes.

## ¿Para qué son los recursos que el MSPAS traslada a las ONG?

Los convenios que el MSPAS tiene con las ONG establecen que los recursos financieros que se pagan deben cubrir:

- Costo de medicamentos e insumos médicos.
- Equipo e insumos del centro de convergencia.
- Equipo e insumos para el EBS.
- Transporte.
- Materiales para impresión.
- Materiales para capacitación.
- Estipendios FC, VS, CTC
- Incentivos en especie para consejeras o monitoras.
- Suministros tales como materiales de oficina, utensilios de cocina para demostraciones.
- Recurso Humano (MA, EA, EC, AI, CT y FI).

Además, las ONG aportan recursos propios para la prestación del CSBS.

Con este presupuesto, se determina un costo per cápita del CSBS, el cual varía dependiendo de la localización, la facilidad de acceso, los índices de salud y los Índices de Necesidades Insatisfechas (NBI) que tienen las comunidades rurales.<sup>10</sup> El Programa definió, con estas bases, 4 categorías de municipios: 1) 41 municipios prioridad I porque presentan los índices de NBI más altos; 2) 70 municipios prioridad II por índice de NBI; 3) 83 municipios que presentan niveles de desnutrición crónica en más del 65% de la población; y 4) los municipios restantes.

En el 2006, cada categoría de municipios tuvo un pago per cápita

diferenciado. En los 41 municipios priorizados por su alta vulnerabilidad según NBI, el costo por persona al año del CSBS es de Q. 80.00 (US\$ 10.50).<sup>11</sup> En los 83 municipios que presentan la más alta desnutrición crónica, el costo por persona al año fue de Q. 76.00 (US\$ 10.00), en los 70 municipios prioridad II por índices de NBI y en el resto de municipios el costo per cápita anual fue de Q. 54.00 (US\$ 7.10).

El pago a las ONG se hace a través de desembolsos trimestrales con base en los registros de atención, al cumplimiento de los indicadores de cobertura y servicio acordados y a la ejecución presupuestaria. (Ver Anexo 2)

## ¿Qué diferencia a las ONG exitosas de las demás?

Una organización exitosa según la Licda. Olga Mejía, de la ONG PROSEDE de San Marcos es aquella que “cumple con las metas de cobertura y servicio, pero que no lo hace porque tiene un compromiso con el MSPAS, sino porque tiene la firme convicción que la salud de la población es lo mínimo que las comunidades deben tener si quieren mejorar y salir de la pobreza.”

Esta filosofía de servicio es evidente cuando las ONG trabajan con las comunidades, porque el pago que reciben del MSPAS es solamente un complemento de sus propios recursos.

Además de ello, entrevistas con el personal de varias Direcciones de Salud, mostraron que las características asociadas con el “éxito” son:

- **Vocación** de servicio.
- **Tener indicadores con metas** y alcanzar un alto nivel de cumplimiento.

- **Capacidad gerencial** que se traduce en mejor organización del trabajo, mayor motivación del personal, y mejor aplicación de procesos de planificación y supervisión.
- **Experiencia** en programas de salud.
- Identificación con la comunidad por lo que son percibidas con mayor **confianza**.
- **Actitud abierta para trabajar en coordinación** con el personal de los Distritos de Salud.

Según el Dr. Alvar Pérez, Director del Área de San Marcos en el 2006, “Al principio fue difícil la integración de las ONG, porque hubo resistencia al cambio de los mismos trabajadores del MSPAS, principalmente aquellos que integran sindicatos. Luego el personal vio el programa como una competencia desleal, porque creían que a las ONG se les dotaba de mayores recursos que a los servicios normales... Una de las cosas que ayudó a promover la integración fue que para aumentar la cobertura, se seleccionaron lugares que NO querían los distritos, porque estaban lejos, dispersos y con población difícil. Con el trabajo realizado en estos años, hoy entienden **que los recursos son para las áreas postergadas, independientemente de quien las atiende...** Ahora cuando hablan del PEC dicen **nuestras ONG...** Todavía hay problemas, pero no para trabajar en equipo.”

## ¿Qué problemas enfrenta el Programa con relación a la oferta de los proveedores del CSBS?

Los problemas que ha enfrentado el PEC, no solamente se dieron al interior

<sup>10</sup> SEGEPLAN definió la vulnerabilidad de los municipios del país. La clasificación fue: Nivel I: 41 municipios; Nivel II: 70 municipios; Nivel III: el resto de municipios del país.

<sup>11</sup> El tipo de cambio es de Q. 7.60 x US\$ 1

del MSPAS, sino también se tienen dificultades para seleccionar más ONG.

Entrevistas con personal de las DAS, de los DMS y de las mismas ONG, mostraron que:

1. En el país, no hay una oferta suficiente de entidades calificadas para trabajar en salud en el área rural en muchos departamentos.
2. No hay suficiente personal médico y paramédico calificado disponible y con voluntad de trabajar bajo condiciones extremas. Por ejemplo, en el Departamento de Alta Verapaz, el personal médico renunciaba antes de cumplir un año de trabajo; por ello, se hizo la propuesta de trabajar con enfermeras(ros) profesionales. Esto ha generado una mayor tasa de permanencia.
3. No hay suficiente personal voluntario en las comunidades a quienes se atiende, que tengan las capacidades y la disposición para este tipo de trabajo.
4. El sistema de selección de ONG implica procesos largos y complejos de preselección y selección; la aplicación del sistema implica una alta carga administrativa, y el manejo de fondos públicos tiene mayores compromisos y riesgos. Muchas ONG ven estos hechos como un desincentivo.
5. No todas las ONG cuentan con recursos complementarios, por lo que los compromisos en inversiones que exige el PEC no pueden ser llenadas.
6. Poca asignación presupuestaria para hacer convenios con más ONG. De acuerdo a lo expresado por el Gerente Administrativo Financiero

del MSPAS, Lic. Mario Colindres "El MSPAS tiene aún una baja asignación con respecto al Presupuesto Total del Gobierno; además al PEC, que aunque su asignación ha ido aumentando a lo largo de 10 años, se le asignó en el 2006 apenas el 8% del presupuesto del MSPAS y se espera que para el 2007 se tenga el 10%."

### Un ejemplo: El caso de ADISS en San Marcos

La Asociación de Desarrollo Integral Sostenible para la Salud (ADISS) surgió a raíz de las necesidades de salud de San Marcos y del Altiplano. Nació después de recibir capacitación de parte del Proyecto HOPE<sup>12</sup> y ante la oportunidad de continuar trabajando proyectos de salud de ésta y otras organizaciones internacionales y nacionales, muchos capacitados decidieron formar la ONG.



ADISS trabaja exclusivamente proveyendo programas de salud y su objetivo es lograr que la población se apropie de su situación de salud y que hagan propuestas para mejorarla.

Para ADISS es clave que la comunidad haga aportes para los programas, porque solo así valoran más el servicio. Estos aportes son en forma de dotación de personal comunitario,

locales para instalar los centros de convergencia y tiempo de la población para asistir a las visitas de médicos y enfermeras(os) y/o charlas sobre salud y nutrición.

ADISS trabaja con el PEC desde 1998 y en el 2006 tenía presencia en 3 jurisdicciones de San Marcos y en dos jurisdicciones del Departamento de Quetzaltenango. Con base en los retos asumidos y los buenos resultados obtenidos en Tajumulco y Concepción Tutuapa. ADISS aceptó asumir un nuevo reto en 4 jurisdicciones del Área de Salud de Totonicapán beneficiando a un mayor número de guatemaltecos.

En el municipio de Tacaná hay dos jurisdicciones: Laberintos Tacanecos -19 comunidades, y Celajes -15 comunidades. Según Cristina Orozco, enfermera ambulatoria del ADISS "a Laberintos les pusimos así porque nadie sabe para donde van los caminos, uno solo se mete y no sabe por donde aparece. Tiene 8,437 habitantes con 1,448 niños menores de 5 años, 1,821 mujeres en edad fértil. Solamente 2 de las 19 comunidades están cerca, el resto están entre 20 a 35 kms de distancia y sin caminos formales, por lo que muchas veces el trayecto es a pie o en mula. Un día de consulta al mes en el centro de convergencia es lo más que permiten las distancias."

Dado que un alto porcentaje de la población migra temporalmente a otras regiones del país para cosechar café o caña de azúcar, mantener la cobertura, actualizar el sistema de información y cumplir con los índices de desempeño son tareas difíciles.

Unido a estos factores, hay otras condiciones que hacen que el trabajo de ADISS sea complejo: la energía

<sup>12</sup> Desde 1958, Proyecto HOPE trabaja para mejorar el acceso a los servicios de salud para todo el mundo alrededor del planeta, especialmente para los niños. Llamado Hope por sus siglas en inglés (Health Opportunities for People Everywhere), la ONG "Oportunidades de Salud para Todos" trabaja capacitando profesionales y voluntarios de salud, proveyendo medicamentos y equipo, fortaleciendo las instalaciones de la red de servicios, y luchando contra enfermedades como VIH-SIDA. Inició su trabajo en Guatemala en 1976 durante las labores de reconstrucción del Terremoto y trabaja en San Marcos desde 1999.

eléctrica no es estable y durante muchas horas del día no hay luz; esto provoca atrasos en el ingreso de datos al sistema de cómputo, así como en el mantenimiento de la cadena de frío para las vacunas; la lluvia hace que el traslado de los formularios sea incómodo; encontrar personas que hablen el idioma local y que quieran trabajar voluntariamente no es fácil; no tienen formas de movilizarse, porque aunque hay algunas motos disponibles, no todos los facilitadores(as) institucionales o enfermeras(ros) ambulatoria(o)s—que en su mayoría son mujeres—pueden manejarlas.

A pesar de las complicaciones, el desempeño general de la ONG fue superior del 75% durante el 2006.

### ¿Qué espera el MSPAS para el futuro en materia de proveedores del servicio?

Dado que una de las metas para el año 2007 es fortalecer la prestación de servicios en 70 municipios en prioridad II, de acuerdo al índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), la UPS I indicó que los planes incluyen:

1. Proyecto Piloto de Fortalecimiento de Puestos de Salud "**Extensión de Cobertura Institucional**" en 130 Puestos de Salud en cinco Áreas de Salud orientada a las acciones básicas de salud y a la reducción de la desnutrición crónica.
2. Dado que los servicios actualmente se limitan a atender la población que asiste a los servicios (atención por demanda), se propone fortalecerlos con:



- Recursos Humanos, apoyando a los Centros de Salud contratando una educadora comunitaria por cada 5 puestos de salud (10,000 habitantes) y un Asistente de Información a cada Puesto de Salud mediante la contratación de 2 facilitadores comunitarios (1 por cada 1000 habitantes)
  - Equipamiento
  - Insumos y medicamentos
- Con este fortalecimiento los servicios harán "*Extensión de Cobertura Institucional*" orientada a las acciones básicas de salud y a la reducción de la desnutrición crónica.
3. Portal web del Sistema de Atención Integral en Salud SIAS—completamente en servicio, y dentro de la página del MSPAS, para facilitar el trabajo de: manejo de información; reporte de actividades y de estadísticas en salud; monitoreo y supervisión; y comunicación más fluida.
  4. Facilitar la elaboración de la Sala Situacional, gracias a que el sistema de información computarizado proveerá reportes sobre la situación de salud, con lo cual se podrá tener una "Sala Estándar" en todas las jurisdicciones.
  5. Continuar aplicando la metodología de auditoría social, con el fin de incluir en el modelo la evaluación por parte de usuarios, la cual no solamente servirá para ajustar los servicios sino para ofrecer una motivación económica anual a aquellos EBS de proveedores que, como resultado de la auditoría, cumplen con sus obligaciones de forma más que satisfactoria.

---

## Reflexión

El repaso por la experiencia de trabajo entre el MSPAS y las 85 ONG involucradas en el PEC para el 2006, muestra que el camino no ha sido fácil. La evolución del PEC muestra que de tener nada o poco, hoy existen herramientas, sistemas y servicios que han incorporado a todos los actores del PEC, contando ya con información y resultados, si bien no perfectos, encaminados al cumplimiento de metas. La evidencia muestra que el PEC ha utilizado un sistema de aprendizaje, acción y reflexión continua.

**El proceso de trabajo conjunto también trajo nuevos roles para todos.** Al MSPAS le implicó un trabajo de sistematización y normalización de todos los procesos, así como la generación de instrumentos que facilitarían la relación con las ONG en

las etapas de planificación, ejecución y rendición de cuentas. La información debe de ir y volver desde cada ONG, al Distrito Municipal de Salud, Área de Salud y Nivel Central para realimentarse permanentemente.

Así mismo, para las ONG, trajo mayores compromisos y retos, a un trabajo arduo para enfocarse en resultados: obtener cada inicio de trimestre el informe trimestral automatizado para valorar los avances en el anterior, detectar en donde están las dificultades y utilizar las listas de beneficiarios para completar o dar seguimiento a determinados servicios son solamente algunos de muchos compromisos.

Para los cooperantes, el PEC ha significado aumentos significativos en la dotación de recursos, así como un

mayor compromiso de coordinación y enfoque.

Para los beneficiarios también ha significado esfuerzos adicionales que implican cambios en su cultura y comportamientos para prevenir la enfermedad y mantener su salud.

Por lo anterior, el PEC es un ejemplo de que, cuando todos los sectores ponen al servicio de la colectividad sus capacidades buscando la cooperación, la rivalidad termina y los programas son efectivos o socialmente rentables.

Ahora solamente falta que todos los guatemaltecos tomemos conciencia de la importancia del programa y bajo ninguna circunstancia perdamos lo que se ha conseguido en beneficio de la salud de los guatemaltecos del área rural.

## Anexo I. Listado de ONG con Convenio en el 2006 por Área de Salud

Área de Salud	Nombre ONG	Sigla
Baja Verapaz	Asociación de Caficultores Asociados del Norte	CAFESANO
Baja Verapaz	Fundación Menonita Kekchi de Guatemala	FUNDAMENO
Baja Verapaz	Fundación de la Caficultora para el Desarrollo Rural	FUNCAFE
Baja Verapaz	Asociación de Padres de Familia del Proyecto Nuevo Amanecer	NUEVO AMANECER
Chiquimula	Asociación Para La Coordinación Del Desarrollo Rural De San Juan Ermita	ACODERJE
Chiquimula	Asociación Para La Coordinación Del Desarrollo Rural De Olopa	ACODEROL
Chiquimula	Asociación De Desarrollo Integral De Comunidades Camotecas	ADICCA
Chiquimula	Asociación Para El Desarrollo Integral Sostenible De Oriente	ADISO
Chiquimula	Asociación De Desarrollo Nuevo Oriente	ASODENO
Chiquimula	Asociación Del Trifinio Para El Desarrollo Sostenible	ATRIDEST
Chiquimula	Parroquia Santiago Jocotán	
Chimaltenango	Asociación de Padres de Familia del proyecto Renacimiento	RENACIMIENTO
Chimaltenango	Asociación de Padres de Familia del proyecto Kajih Jel	KAJIH JEL
Chimaltenango	Fundación Guatemalteca para el Desarrollo Carroll Behrhorst	CARROLL BEHRHORST
Chimaltenango	Asociación Chuwi Tinamit	CHUWI TINAMIT
Chimaltenango	Asociación Xilotepequec	XILOTEPEQUEC
Chimaltenango	Asociación de Padres de Familia Ixim Acualá	IXIM ACUALA
Santa Rosa	Asociación de Padres de Familia Los Castaños	LOS CASTAÑOS
Santa Rosa	Asociación de Promotores y comadronas de Ixhutatán	ASOPROCI
Santa Rosa	Diócesis de Santa Rosa de Lima	DIOESIS
Santa Rosa	Asociación de Caficultores de Oriente de Guatemala	ACOGUA
Santa Rosa	Asociación de Desarrollo Santa Rosa	ADESAR
Sololá	Proyecto Para El Desarrollo Sostenible De Las Comunidades AQ'ABAL	PRODESCA
Sololá	Asociación Ixim Achi	IXIM ACHI
Sololá	Asociación Vivamos Mejor	VIVAMOS MEJOR
Sololá	Asociación de Padres y Niños del Altiplano Chaquijá Sololá	APNACH
Sololá	Centro Maya Para El Desarrollo Comunal	CEMADEC
Escuintla	Cooperativa Integral De Ahorro Y Crédito Desarrollo Palineco Responsabilidad Limitada	CODEPA
Alta Verapaz	Asociación multiétnica de Mujeres Xna Ixim	XNA IXIM
Alta Verapaz	Fundación Menonita Kekchi de Guatemala	FUNDAMENO
Alta Verapaz	Instituto de Cooperación Social	ICS
Alta Verapaz	Fundación de la Mujer Maya del Norte	FUNMMAYAN
Alta Verapaz	Asociación de Caficultores Asociados del Norte	CAFESANO
Alta Verapaz	Federación De Cooperativas De Las Verapaces, Responsabilidad Limitada	FEDECOVERA
Alta Verapaz	Mercy Coros	MERCY CORPS
Alta Verapaz	Asociación Bautista Kekchi de Desarrollo Cultural	ABK-DEC
Alta Verapaz	Cruz Roja Guatemalteca delegación Cobán Alta Verapaz	CRUZ ROJA
Alta Verapaz	Catholic Relief Services	CRS
Alta Verapaz	Asociación de Promotores de Salud Integral K'amol Kawilal	APROSINKK
Ixcán	Asociación de Comadronas Vida Nueva	ASOCVINU
Ixil	Cooperativa Agrícola Integral, Todos Nebajenses	TODOS NEBAJENSES
Jalapa	Christian Children 'S Fund Inc.	CCF
Jalapa	Cooperativa Agrícola Integral, El Recuerdo	EL RECUERDO
Jalapa	Asociación De Padres De Familia Del Proyecto Cactus, Tres Mil Sesenta Y Seis	CACTUS
Jalapa	Asociación De Padres De Familia Del Proyecto Izotes Tres Mil Setecientos Cuarenta y Cinco	IZOTES
Petén	Christian Children 's Fund Inc.	CCF
Guatemala	Asociación Congregación De Las Hermanas Misioneras Del Sagrado Corazón De Jesús	ASODEC
Guatemala	Asociación De Padres De Familia Proyecto Fe, Esperanza Y Caridad 3740	FE ESPERANZA Y CARIDAD
Guatemala	Christian Childre 's Fun Inc	CCF
Guatemala	Asociación De Desarrollo Y Conservación De Oriente	DECOR

Área de Salud	Nombre ONG	Sigla
Sacatepequez	Asociación Congregación De Las Hermanas Misioneras Del Sagrado Corazón De Jesús	ASODEC
Huehuetenango	Asociación Bienestar Comunitario	ABC
Huehuetenango	Asociación Comunitaria De Desarrollo Integral Maya-Mam	ACODIM
Huehuetenango	Asociación De Apoyo Al Desarrollo Comunitario	ADECO
Huehuetenango	Asociación De Desarrollo Integral De Vida Y Esperanza	ADIVES
Huehuetenango	Asociación Para El Desarrollo Integral De San Pedro Necta	ASODESI
Huehuetenango	Asociación Para La Salud Y El Desarrollo Integral Coataneco	ASSDIC
Huehuetenango	Asociación Eb Yajaw Para El Desarrollo Integral	EBYAJAW
Huehuetenango	Cooperativa Agrícola De Servicios Varios Hoja Blanca, Responsabilidad Limitada	HOJA BLANCA
Huehuetenango	Institucion Mam De Desarrollo Integral	IMDI
Huehuetenango	Asociación De Padres De Familia Del Proyecto Kaibil Balam 3054	KAIBIL BALAM
Huehuetenango	Fundación Kanil	KANIL
Huehuetenango	Coordinadora De Asociaciones Para El Desarrollo Pueblos Unidos	PUEBLOS UNIDOS
Huehuetenango	Asociación De Servicios Y Proyectos Para El Desarrollo Integral Comunitario	SEPRODIC
Huehuetenango	Asociación De Padres De Familia Tetz Qatanum	TETS Q 'ATANUM
Huehuetenango	Asociación De Cooperación Al Desarrollo Integral De Huehuetenango	ACODIHUE
Huehuetenango	Asociación De Desarrollo Agroecológico Sostenible	APDAS
Totonicapán	Agricultores para el Desarrollo Rachoquel, APADER	APADER
Totonicapán	Asociación de Padres de Familia San Miguel	ASOSAM
Totonicapán	Asociación Consejo de Mujeres de Desarrollo Integral	CMM
Totonicapán	Asociación Toto Integrado	ATI
Totonicapán	Asociación Bienestar Comunitario	ABC
Suchitepéquez	Fundación de la Caficultura para el Desarrollo Rural	FUNCAFE
Retalhuleu	Asociación Pro Salud, Educación y Desarrollo – PROSEDE	PROSEDE
Jutiapa	Proyecto Arco Iris	ARCO IRIS
Quetzaltenango	Asociación Bienestar Comunitario	ABC
Quetzaltenango	Asociación De Desarrollo Integral Sostenible Para La Salud	ADISS
Quetzaltenango	Asociación De Promotores/As De Salud Para El Desarrollo Integral Valle De Palajunoj	APROSADI
Quetzaltenango	Asociación Proyecto Integral Comunitario "Solidaridad"	APICS
Quetzaltenango	Corporación De Servicios Y Apoyo Para El Desarrollo Comunitario	CORSADEC
Quetzaltenango	Asociación Hogar Nuevos Horizontes	NUEVOS HORIZONTES
Quetzaltenango	Asociación Nacional De La Cruz Roja Guatemala	CRUZ ROJA
San Marcos	Corporación De Desarrollo Integral	CODI
San Marcos	Asociación De Desarrollo Integral Sostenible Para La Salud	ADISS
San Marcos	Asociación De Padres De Familia Del Proyecto Txoljá	TXOLJA
San Marcos	Asociación Pro Salud Educación Y Desarrollo	PROSEDE
San Marcos	Estudios De Cooperación De Occidente	ECO
San Marcos	Proyecto Para El Desarrollo Comunitario	PRODEC
San Marcos	Asociación De Desarrollo Integral Para El Occidente	ADIPO
San Marcos	Asociación De Proyectos De Desarrollo	ASOPRODE
El Quiche	Instituto De Cooperación Social	ICS
El Quiche	Asociación Para El Desarrollo Integral De San Antonio Ilostenango	ADISA
El Quiche	Fundación De Reconstrucción Y Desarrollo Humano Integral	REDHINTEGRAL
El Quiche	Fundación De La Caficultura Para El Desarrollo Rural	FUNCAFE
El Quiche	Corporación De Servicios Y Apoyo Para El Desarrollo Comunitario	CORSADEC
El Quiche	Fundación Para El Desarrollo Educativo, Social Y Económico	FUNDADESE
Izabal	Asociación Ak Tenamit (Pueblo Nuevo)	AKTENAMIT
Izabal	Asociación Del Trifinio Para El Desarrollo Sostenible	ATRIDEST

## Anexo 2. El Conjunto de Servicios Básicos de Salud (CSBS)

El CSBS es el conjunto de intervenciones que ofrece el PEC. Estas acciones responden a la naturaleza generalizada de riesgo de enfermedades—perfil epidemiológico—de la población que se atiende. Después de la aplicación del primer CSBS, se realizaron algunos ajustes al mismo. Sin embargo, el actual, tuvo su último ajuste temático en el 2005, concentrándose en 4 áreas de servicios y una transversal. Estas enfatizan aún más la prevención, tal como se muestra en la tabla No. 1.

**Tabla No. 1. Conjunto de Servicios Básicos de Salud en 2007**

<b>Área</b>	<b>Acciones</b>
Atención a la Mujer	Atención Prenatal Aplicación de Tda Suplementación con hierro y ácido fólico Alimentación complementaria (Vitacereal) a madres lactantes y embarazadas Atención del parto limpio y seguro Atención del puerperio Espaciamiento de los embarazos Detección precoz de cáncer de la mama y cérvico uterino Referencia y respuesta de urgencias
Atención a la niñez	Vacunación Promoción y monitoreo del crecimiento. Suplementación con hierro, ácido fólico y Vitamina A Alimentación complementaria (Vitacereal) a niños de 6 a 36 meses Control de diarrea y cólera e infecciones respiratorias agudas (IRA) Referencias
Atención a la demanda por morbilidad y urgencias	Atención de la morbilidad general y enfermedades prevalentes en todos los grupos de edad, con énfasis en diarrea y cólera, IRA, Control de enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria), control de zoonosis, control de tuberculosis Emergencias Prevención de enfermedades de transmisión sexual ITS/VIH Referencias
Atención al medio	Vigilancia de la calidad del agua Promoción de disposición sanitaria de excretas y basuras Control de vectores y zoonosis Mejoramiento de las condiciones sanitarias de vivienda e Higiene de los alimentos
Promoción, educación en salud y para auditoría social	Promoción y educación para el autocuidado de la salud Participación comunitaria en la auditoría social de los servicios básicos de salud

---

Uno de las principales incorporaciones que se hizo al actual CSBS fue la determinación de indicadores de medición para cada acción o servicio que se provee.

Los indicadores que se utilizaron en el 2006 eran los siguientes:

### **Indicadores de Prestación de Servicios Básicos de Salud**

1. Porcentaje de embarazadas en primer control prenatal.
2. Porcentaje de embarazadas captadas antes de 12 semanas de embarazo.
3. Porcentaje de embarazadas con tres controles médicos.
4. Porcentaje de puérperas que reciben un control médico en los primeros 40 días después del parto.
5. Porcentaje de recién nacidos con un control médico en los primeros 28 días de nacido.
6. Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micro-nutrientes.
7. Porcentaje de usuarias nuevas de 15 a 49 años utilizando métodos de planificación familiar.
8. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años en Planificación Familiar que son reabastecidas para el trimestre con métodos.
9. Porcentaje de mujeres que se han tomado una muestra de PAP/IVAA.
10. Porcentaje de mujeres que cuentan con resultados de PAP/IVAA.
11. Porcentaje de mujeres en edad fértil con 3era dosis de TDA.
12. Porcentaje de niños de 1 año de edad vacunados con BCG. .
13. Porcentaje de niños de 1 año de edad vacunados con OPV-3.
14. Porcentaje de niños de 1 año de edad vacunados con PENTA-3.
15. Porcentaje de niños de 1 año de edad vacunados con SPR.
16. Porcentaje de niños(as) menores de 1 año con 2 controles médicos.
17. Porcentaje de niños(as) de 1 año a menores de 5 años con un control médico cada año.
18. Porcentaje de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento.
19. Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años que reciben SRO.
20. Porcentaje de niños menores de 2 años con al menos un control de peso al trimestre.
21. Porcentaje de niños menores de 2 años con al menos dos controles de peso seguidos. .
22. Porcentaje de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre.
23. Porcentaje de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad.
24. Porcentaje de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de vitamina A cada año.
25. Porcentaje de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses.
26. Porcentaje de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses.
27. Porcentaje anual de cobertura de vacunación canina.
28. Porcentaje de comadronas tradicionales activas capacitadas.

Por último, en 2006, el CSBS se complementó con la entrega de Vitacereal como parte del Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica en 187 jurisdicciones de los 83 municipios. La entrega se realizó a niños de 6 a 36 meses y mujeres embarazadas y en período de lactancia, asimismo se fortaleció con educación en salud nutrición a la población beneficiaria y con demostraciones de preparación de alimentos.

---

## Anexo 3. Sigla y definición

<b>Sigla</b>	<b>Definición</b>
ADISS	Asociación de Desarrollo Integral Sostenible para la Salud
AI	Asistente de Información
AINM-C	Atención Integral de la Mujer en la Comunidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CSBS	Conjunto de Servicios Básicos de Salud
CT	Comadrona Tradicional
CTC	Coordinador Técnico Comunitario
DAS	Dirección de Área de Salud
DMS	Distrito Municipal de Salud
EA	Enfermero(a) Ambulante
EBS	Equipo Básico de Salud
EC	Educadora Comunitaria
FC	Facilitador(a) Comunitario(a)
FI	Facilitador(a) Institucional
FUNDEMI	Fundación para el Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
MA	Médico(a) Ambulante
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana para la Salud
PAP	Papanicolau
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PMSS I	Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Primera Fase
SAT	Superintendencia de Administración Tributaria
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
SPR	Sarampión, Paperas y Rubéola
SRO	Soluciones de Rehidratación Oral
TDA	Toxoido Tetánico del Adulto
TT	Toxoido Tetánico
UPS I	Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel
USAID	United States Agency for International Development o en español, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VS	Vigilante de Salud



