



Series de Noticias Técnicas Sobre Extensión de Cobertura—Artículo I

Salud al alcance de más guatemaltecos

EN 1997, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) inició la implementación de un Programa de Extensión de Cobertura (PEC) con el objetivo de llevar servicios básicos de salud al 46% de la población que para antes del 1996 no tenía acceso físico a servicios de salud. Mediante el Programa se pretendía, entre otras acciones, dar cumplimiento a los objetivos de disminución de la mortalidad materna e infantil comprometidos en los Acuerdos de Paz suscritos en diciembre de 1996.

El MSPAS diseñó un conjunto de servicios básicos de salud (CSBS) de promoción, prevención y recuperación de la salud en el primer nivel de atención, en 4 áreas de servicio: 1) atención a la mujer; 2) atención a la niñez; 3) atención a la demanda por morbilidad y urgencias; 4) atención al medio; y un área transversal de promoción, educación en salud. A partir de año 2002, el CSBS se fortaleció con la incorporación de las estrategias AIEPI y AINM-C y en el año 2006 con la entrega del alimento

complementario, Vitacereal, a niños de 6 a 36 meses y a mujeres embarazadas y en período de lactancia en aquellos municipios prioritarios por los altos niveles de desnutrición que presentan. Cada uno de los servicios y acciones del CSBS cuenta con indicadores de producción, lo que permite orientar la atención hacia resultados.



El costo del CSBS oscila entre los Q. 54 a Q. 80 por persona cubierta (US \$7.4 a US \$10.50). Este rango varía según criterios de localización/acceso, de alcance de servicios por clasificación de los lugares atendidos y de la provisión del alimento complementario. Para

la entrega del CSBS, el MSPAS realiza convenios con Organismos No Gubernamentales (ONG), las cuales brindan estos servicios a través de personal contratado y voluntario de las comunidades atendidas.

Las ONG se eligen bajo un proceso de selección abierto y competitivo. Completado el proceso, las ONG firman un convenio en donde se comprometen a entregar el CSBS a

Contenido

Introducción	2
¿Por qué aumentar la cobertura de servicios de salud en el área rural era un reto tan importante?	3
¿Cómo se inicia el programa de extensión de cobertura?	4
¿Qué es el conjunto de servicios básico de salud (CSBS)?	5
¿Quién provee los servicios del conjunto básico de salud?	6
¿Cuánto cuesta la provisión del CSBS?	7
¿Se ha institucionalizado el programa de extensión de cobertura en el MSPAS?	8
Los resultados	9
El futuro	10
Reflexión	11
Anexo 1. Detalle de Cambios en el Conjunto de Servicios Básicos de Salud	12
Anexo 2. Indicadores de Salud	14
Anexo 3. Sigla y definición.	15

Guatemala, abril de 2008

Este documento fue preparado para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su elaboración estuvo a cargo de IDC y USAID|Calidad en Salud bajo el contrato GHS-I-02-03-00029-00 y fue revisado por el MSPAS. Las opiniones de los autores de esta publicación no necesariamente reflejan las de USAID.

cerca de 10,000 habitantes de cada jurisdicción definida por cada Área de Salud, las cuales son agrupadas en sectores de 30 familias, y que son atendidas a través de: un médico o enfermera(o) ambulatoria(o), facilitadores(as) institucionales, educadoras en salud y nutrición, facilitadores(as) comunitarios(as), vigilantes de salud, y en algunos municipios con madres consejeras y auxiliares de enfermería calificadas en atención materno neonatal.

Así mismo, el PEC diseñó e implementa el sistema de información que es la base para realizar las acciones de: supervisión, monitoreo, y evaluación. Para las labores de coordinación las ONG contratan coordinadores técnicos y para las tareas administrativas, se contratan asistentes de información y contadores. Con base en los informes de producción de servicios y ejecución presupuestaria, las ONG reciben un desembolso trimestral.

Las 85 ONG que tenían convenios con el MSPAS en el año 2006, ofrecieron los servicios básicos en 26 áreas de salud (20 departamentos) **a 4.1 millones de personas del área rural**, 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, se cuenta con un censo actualizado en los 8,596 lugares poblados que cubre el PEC de los 27,356 existentes.

Con el liderazgo del MSPAS y el apoyo de la cooperación internacional: BID, USAID, Banco Mundial, Plan Internacional, e Intervida, entre otros, el PEC lleva 10 años en ejecución y ha trascendido tres períodos de gobierno,

no sin los tropiezos que esto conlleva; sin embargo los resultados demuestran que con una **acción sostenida** entre el sector público y privado—nacional e internacional; con una visión y metas claras; con la voluntad política de las autoridades y de los trabajadores del MSPAS; y, con el aprovechamiento de la organización comunitaria local, es posible superar las adversidades.

El PEC constituye un orgullo para los guatemaltecos y un ejemplo a seguir, debido a que ya es un modelo probado en otros países y porque las circunstancias y las características de la población guatemalteca hacen que los resultados obtenidos, con tan solo el 10% del presupuesto asignado al MSPAS, sean una realidad para más de 4 millones de guatemaltecos del área rural.

Introducción

La palabra “Salud”, que según el Diccionario de la Lengua Española significa, “estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, fue utilizado mundialmente por muchos siglos para referirse a la función que ejercen los Estados, y algunos privados¹, para atender o curar a personas **enfermas**. Sin embargo, desde la segunda parte del siglo pasado, se inició una tendencia para retomar su significado correcto, promovándose que, para evitar la enfermedad, los entes encargados de la salud pública debían impulsar una cultura de **prevención**.

Numerosos estudios fueron elaborados para demostrar que invertir en prevención era social y económicamente más rentable. El concepto, sin embargo, puede

Con un trabajo similar al de una colonia de hormigas, con igual silencio, y por más de diez años de trabajo, el Ministerio de Salud de Guatemala ha construido una impresionante red humana que ha acercado los servicios básicos de salud a más de 4 millones de guatemaltecos del área rural.

entenderse usando el sentido común. Por ejemplo, según la Enciclopedia Medline Plus, “El porcentaje de fatalidad del sarampión entre las personas sanas es los países desarrollados es de aproximadamente una muerte por cada mil casos. Sin embargo, en los países en desarrollo con altos grados de malnutrición y servicios sanitarios pobres, donde el sarampión es más común, la cantidad de fatalidades es de un 10% aproximadamente.” Lo que nos lleva a pensar, ¿cuánto le cuesta a una madre vacunar a su hijo infante contra las enfermedades prevenibles, como el sarampión? versus ¿cuánto le costaría a esa misma madre que su hijo enfermara de esta misma enfermedad? O, más grave aún ¿Qué pasa con un niño que por no ser vacunado adquiere el sarampión? Muchas veces el costo de no prevenir enfermedades es invaluable, pagándolo hasta con la vida misma.

¹ Especialmente hospitales privados.

Con esta lógica, visionarios salubristas guatemaltecos iniciaron, en la década de los 80's, una iniciativa para establecer en el país un programa de servicios que privilegiara la salud preventiva sobre la curativa. La realidad en ese momento, era que, aunque los entes de gobierno coincidieran que la prevención era lo más importante, los esfuerzos y los recursos se orientaban más hacia los hospitales, los cuales, además, eran instituciones centenarias e imponentes, no solamente como una obra de ingeniería monumental, sino porque allí se obtenían los mejores servicios de diagnóstico, cirugía y medicina, así como de maternidad y pediatría.

Aunque para finales del siglo, la red hospitalaria del país ya no tenía la magnificencia del pasado, y más bien, era—y es—la principal fuente de los conflictos en el sistema de salud guatemalteco, era evidente que los resultados no eran satisfactorios: En 1995, los índices de mortalidad infantil y materna eran, en conjunto con Haití, los peores del hemisferio; 51 niños por cada mil niños nacidos vivos, morían durante el primer año de vida por enfermedades prevenibles y 190 mujeres por cada 100,000 morían por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio; muertes evitables en gran mayoría con intervenciones relativamente sencillas y de bajo costo².

Los principales problemas que afectaban al sector salud estaban caracterizados por: “1) inequidad del sistema: cerca de la mitad de toda la población no tenía acceso a servicios básicos; 2) falta de políticas efectivas

que definieran prioridades y que asignaran recursos en relación con las necesidades de las comunidades; 3) ineficiencia operativa en las principales instituciones del sector; 4) insuficiencia de recursos financieros disponibles en el sector público; y 5) existencia de un modelo de atención inadecuado, caracterizado por la burocracia, marcado centralismo, actividades predominantemente intramuros y hospitalarias y acciones preferentes de índole curativo asistencial.”³

El peso de esta realidad, sumado a la insistencia de las autoridades de salud de los primeros años de la década de los 90's, permitió estructurar un proyecto integral que fue apoyado por la comunidad internacional en su conjunto. Este proyecto, sumó esfuerzos inter-agenciales particulares o aislados y hoy ya muestra resultados para cerca de **4.1 millones de guatemaltecos del área rural**.

¿Por qué aumentar la cobertura de servicios de salud en el área rural era un reto tan importante?

Guatemala es uno de los países que presenta una de las desigualdades del ingreso más altas de Latinoamérica. Si bien, el país tuvo un ingreso superior a los US\$ 3,500 por habitante en el 2006⁴—lo que es considerado como un país de ingreso medio, también muestra que tiene un nivel de pobreza en cerca del 56% de su población.⁵

“La pobreza guatemalteca tiene rostro rural, indígena y de mujer” indicó un investigador guatemalteco en el 2005,

cuando se presentó el Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas. La estadística lo comprobaba: mientras que el 28.1% de la población urbana era pobre, el 72.2% de la población rural estaba registrada como tal; mientras que el 44% de la población no-indígena era pobre, el 72% de la población indígena sí lo era.

Y es que Guatemala, si bien presenta una diversidad cultural que enriquece la vida diaria y las actividades turísticas, también presenta características poblacionales—idioma, acceso, analfabetismo entre otras—que dificultan la prestación de programas sociales.

En Guatemala, aunque el idioma oficial es el español, la Constitución de la República reconoce que “*las lenguas vernáculas forman parte del patrimonio de la cultura de la Nación*”, debido a que en el país se hablan 22 idiomas mayas, xinka y garífuna, lo que evidencia que los servicios deben ser ofrecidos por personal multilingüe para facilitar la comunicación y la prestación.

En el país hay 22 departamentos, 332 municipios y 27,356 lugares poblados⁶, lo que muestra que la población vive de forma muy dispersa y con poca infraestructura de acceso. En 1994, entre el IGSS y el MSPAS únicamente se brindaban servicios de salud al 45% de la población total, mayoritariamente en las zonas urbanas.⁷

A estos problemas estructurales es necesario aumentar el factor “analfabetismo” el cual es agravado en las mujeres. La última encuesta de

² Instituto Nacional de Estadística (INE) Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 – ENSMI-95-

³ Préstamo GU-0023 Programa Sectorial de Salud. BID-Gobierno de Guatemala. Componente Reorganización del Sistema de Atención de Salud. Guatemala julio 1994.

⁴ Cifras Económicas del Banco de Guatemala. 2006

⁵ La última fuente disponible es el Informe Sobre el Desarrollo Humano, Informe 2004, que incluye la población que vive con un ingreso de US\$ 2.00 o menos al día.

⁶ Según el Censo 2002.

⁷ Plan Operativo Anual 1994. MSPAS.

condiciones de vida (ENCOVI) (2002), indicaba que 2 de cada 10 hombres eran analfabetos, mientras 3.5 mujeres de cada 10, todavía eran analfabetas.

Por estas condiciones poblacionales, un programa de extensión de cobertura de servicios de salud que fuera principalmente comunitario, enfocado en salud preventiva y prestado por personas conocedoras de la cultura era necesario. Si bien era el modelo más apropiado para mejorar la situación de salud, implementarlo era un reto mayúsculo; pero implementarlo con éxito requería además de apoyo técnico, la suma de todas las voluntades.

¿Cómo se inicia el Programa de Extensión de Cobertura?

Oficialmente, el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) inició su ejecución en 1997 dentro de las actividades apoyadas por un préstamo sectorial del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) al Gobierno de Guatemala que se firmó en 1995⁸. El préstamo tenía, además de otros objetivos, desarrollar una experiencia piloto para proveer de servicios básicos a población no cubierta por el sistema público de salud compuesto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- principalmente. El préstamo financiaría la definición de la estructura orgánica, los procedimientos, y sobre todo el “Paquete Básico de Servicios de Salud”—hoy llamado Conjunto de Servicios Básicos de Salud—a ofrecer a los beneficiarios.

A esta iniciativa, a lo largo de sus diez años de vida, se fueron sumando otras agencias de cooperación las cuales ya contaban con convenios previos independientes, como la Agencia Internacional para el Desarrollo de

los Estados Unidos (USAID) que por muchos años ha trabajado y sistematizado programas de atención a la madre y el niño—estrategia AIEPI AINM-C; las ONG internacionales como Plan Internacional e Intervida y el Banco Mundial que promovía la eficacia y eficiencia de las finanzas públicas.

La implementación del PEC revolucionó el Sistema de Salud de Guatemala, puesto que integró **el nivel comunitario** a los tres niveles de atención que tradicionalmente existían:

- a) **El nivel primario:** compuesto en ese momento por la **red de 857 Puestos de Salud**, en donde el MSPAS acondicionaba una infraestructura mínima en un Distrito o Municipio y nombraba a un auxiliar de enfermería para que atendiera, **por demanda**, las necesidades de la población del lugar, principalmente enfermedades comunes y vacunación, que era el único programa que se trabajaba con **enfoque a la oferta**.
- b) **El nivel secundario:** compuesto por la **red de 254 Centros de Salud (A y B)**, en donde el MSPAS acondicionaba una infraestructura ubicada en una Cabecera Municipal, y dotaba del personal médico y paramédico para atender a la población de influencia en acciones de salud preventiva, emergencias quirúrgicas menores, y en un mínimo número atención de partos.
- c) **El nivel terciario:** compuesto de 36 hospitales, dotados de infraestructura, personal e insumos para brindar atención curativa en cirugía, medicina, maternidad y obstetricia, pediatría y algunas especialidades.

El PEC se concibió con una cobertura nacional, pero debía desarrollarse en varias etapas, de tal forma de ir abarcando mayor cobertura de forma progresiva. Las metas para 1998 daban cuenta de llegar a atender a 1.6 millones de habitantes como beneficiarios, de los cuales 345,153 eran mujeres en edad fértil, más de 190,000 mujeres en condición específica de embarazo y parto, 268,675 niños menores de cinco años, y 988,933 adultos⁹.

La primera etapa de programa se inició en 3 departamentos del país:

- Alta Verapaz, con población mayoritariamente indígena y rural;
- Escuintla, con población mayoritariamente NO indígena, pero rural y con una alta emigración temporal de trabajadores indígenas del altiplano en la época de cosecha de la caña de azúcar; y
- Chiquimula, con una combinación de grupos poblacionales diversos, con menores niveles generalizados de pobreza que los de otras regiones, pero con concentraciones indígenas—Chortíes—de alta vulnerabilidad.

De las experiencias de esta primera fase y el interés del MSPAS por llevar rápidamente una respuesta a la población no cubierta por el sistema tradicional, se pretendía aumentar la cobertura a 8 departamentos más del país en 3 años. Se esperaba que esta cobertura, luego se extendiera a todo el país.

⁸ Préstamo GU-0023 Programa Sectorial de Salud. BID-Gobierno de Guatemala. Componente Reorganización del Sistema de Atención de Salud. Guatemala julio 1994.

⁹ Documento de Préstamo BID GU-0023

¿Qué es el Conjunto de Servicios Básico de Salud (CSBS)?

Es el conjunto de servicios que ofrece el PEC. Estos servicios y sus acciones responden a la naturaleza generalizada de riesgo de enfermedades—perfil epidemiológico—de la población que se atiende.

Los servicios son acciones tales como: charlas informativas, consejería, controles a través de consultas realizadas por médico o paramédico, monitoreo del crecimiento, vacunación, atención a la morbilidad general, provisión de medicamentos y suplementos de vitaminas y minerales y capacitación.

Al 2007, el CSBS se concentra en 4 áreas de servicio y un área transversal que enfatizan la prevención¹⁰, ofreciendo los siguientes servicios (Tabla 1):

Un avance importante en el CSBS a partir del año 2005 fue la incorporación de indicadores de medición para cada acción provista. Los indicadores que se utilizaron en el 2006 eran los siguientes:

Tabla 1. Conjunto de Servicios Básico de Salud en 2007*

Área	Acciones
Servicio: 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
Servicio: 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
Servicio: 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
Servicio: Atención al medio	Vigilancia de la calidad del agua Promoción de disposición sanitaria de excretas y basuras Mejoramiento de las condiciones sanitarias de vivienda Higiene de los alimentos
Área Trans-versal: 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

*A partir del año 2005

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 3 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.

¹⁰ Ver detalle en el Anexo I.

Indicadores de Prestación de Servicios Básicos de Salud

- | | |
|---|---|
| 18. Porcentaje de casos de neumonías en niños menores de 5 años que reciben tratamiento. | 23. Porcentaje de niños menores de 1 año suplementados con 1 dosis de Vitamina A a partir de los 6 meses de edad. |
| 19. Porcentaje de casos de diarrea en niños menores de 5 años que reciben SRO. | 24. Porcentaje de niños de 1 año a menores de 5 años suplementados con 2da dosis de vitamina A cada año. |
| 20. Porcentaje de niños menores de 2 años con al menos un control de peso al trimestre. | 25. Porcentaje de niños menores de 1 año con entrega de sulfato ferroso para 3 meses. |
| 21. Porcentaje de niños menores de 2 años con al menos dos controles de peso seguidos. | 26. Porcentaje de niños de 1 a menores de 5 años con entrega de sulfato ferroso para 3 meses. |
| 22. Porcentaje de niños de 2 años a menores de 3 años con un control de peso en el trimestre. | 27. Porcentaje anual de cobertura de vacunación canina. |
| | 28. Porcentaje de comadronas tradicionales activas capacitadas. |

¿Quién Provee los Servicios del Conjunto Básico de Salud?

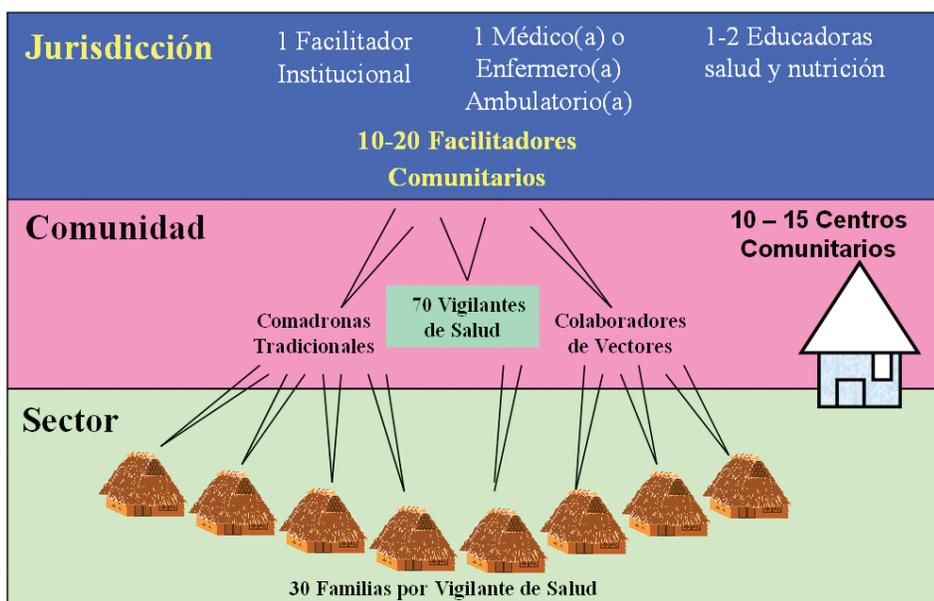
Desde el inicio del programa, se concibió que los proveedores de los servicios debieran ser las entidades que estuvieran o trabajaran más cercanamente con las comunidades beneficiarias. Por ello, para la implementación del Programa, el MSPAS suscribió convenios anuales con Organizaciones Privadas o No Gubernamentales sin fines de lucro (ONG) las cuales apoyaban al personal voluntario que existía o se debía formar en las comunidades.

Para prestar el CSBS, el MSPAS dividió el territorio en **jurisdicciones**, o poblaciones de aproximadamente de 10,000 habitantes, las cuales son atendidas de la forma siguiente:

El **sector** está compuesto por 30 familias, las cuales son monitoreadas y apoyadas por 1 vigilante de la salud, la o las comadronas tradicionales existentes y cuando es posible por el colaborador de vectores, quienes son miembros de la comunidad que trabajan en forma voluntaria, recibiendo únicamente un incentivo monetario mínimo por participar en las capacitaciones.

Los sectores se agrupan en **comunidades** en donde existe un **centro de convergencia o comunitario**, que muchas veces son viviendas o lugares acondicionados

Gráfica 1. Esquema de Organización para Proveer el CSBS



y proveídos por los líderes y/o autoridades del lugar—iglesias o escuelas normalmente.

Cada centro es atendido por un(a) facilitador(a) comunitario(a), quien trabaja voluntariamente recibiendo únicamente un incentivo mínimo. Este facilitador ya tiene destrezas adquiridas en salud, así como la capacitación en medicina preventiva. A los centros asisten todas las personas de la comunidad para recibir los servicios básicos, pero principalmente asisten las

mujeres y los niños para la atención materno-infantil.

El personal técnico contratado por la ONG se compone de un Coordinador Técnico por cada 4-6 jurisdicciones; un(a) facilitador(a) institucional, quien se encarga de apoyar al personal comunitario y llevar los controles; un médico o un(a) enfermero(a) graduado(a) quien da la atención de salud; y, en las jurisdicciones más pobres o con prevalencias sobre el 65% en desnutrición crónica se agrega al menos

una educadora en salud y nutrición, quien es responsable de realizar actividades educativas con madres y adultos en temas relacionados con la higiene, buenos hábitos alimenticios. Así mismo, en las jurisdicciones priorizadas por mortalidad materna, se incorpora al equipo un auxiliar de enfermería calificada en atención neonatal.

A Diciembre del 2006, había 85 ONG presentes en 26 áreas de salud (20 departamentos del país), las cuales fueron elegidas bajo un proceso de selección abierto a la competencia y eran evaluadas permanentemente con indicadores de resultados.

La oferta de ONG se ha ido conformando a lo largo de diez años de existencia del PEC. Tal como explicó la Coordinadora de la Unidad de Provisión de Servicios del Primer Nivel (UPSI), Dra. Cristina Maldonado, el proceso no ha sido fácil: *“Al principio del programa no había una amplia oferta de proveedores de servicios de salud privados o sin fines de lucro, puesto que no existía la demanda por sus servicios. Cuando comenzamos solamente había unas pocas ONG, generalmente vinculadas a la labor social de iglesias o instituciones asistencialistas. Sin embargo, poco a poco se han ido creando legalmente organizaciones comunitarias, grupos de mujeres o entidades de personal médico o paramédico que han visto oportunidades para servir a sus comunidades mediante este tipo de servicio.”*

¿Cuánto cuesta la provisión del CSBS?

Las ONG firman un convenio anual, que establece desembolsos trimestrales, dependiendo del número de personas en la jurisdicción donde operan.



Al 2006, el costo del CSBS fue variando dependiendo de la localización, la facilidad de acceso, los índices de salud y los índices de necesidades insatisfechas (NBI) que tienen las comunidades rurales.¹¹ 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 el 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 los índices de NBI, el costo por persona al año del CSBS fue de Q. 80.00 (US\$ 10.50)¹². 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), y en los 70 municipios prioridad II por índices de NBI y el resto de municipios el costo per cápita anual fue de Q. 54.00 (US\$ 7.10).

El costo per cápita se compone de un detallado cálculo de costos del personal contratado para proveer los servicios de salud, los insumos y medicamentos y la logística de provisión. Debido a que cada ONG

tiene que ejecutar un complejo sistema de información, supervisión y monitoreo y evaluación - planificación, de capacitación y de rendición de cuentas, se ha comprometido a tener personal administrativo específico para el programa, tal como un(a) asistente de información por un máximo de 2 jurisdicciones y un(a) contador(a) por cada 2-4 jurisdicciones.

Así mismo, las ONG han acordado con el MSPAS aportar las instalaciones administrativas. Todas las ONG cuentan con equipo de cómputo con el cual se llevan los registros médicos, estadísticos, epidemiológicos de la comunidad y registros financieros que requiere el MSPAS, tienen vehículos de dos o cuatro ruedas dependiendo del grado de priorización de las jurisdicciones.

El personal comunitario no recibe sueldo alguno por la labor que realiza para su comunidad, puesto que lo hacen por la vocación de servicio. El MSPAS, sin embargo, tiene como prioridad motivar a este personal a través de programas de capacitación continua.

El presupuesto para el pago de la prestación del CSBS provino en el 2006 de dos fuentes principales:

- i) El Presupuesto de la Nación a través de la asignación que hace el Gobierno Central al MSPAS —aproximadamente 70%, el cual representó el 10% del presupuesto total asignado al MSPAS; y
- ii) Cooperación Internacional de varios cooperantes (cerca de 30%): un préstamo complementario del Gobierno de Guatemala con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Así mismo, se contó con aportes adicionales para el CSBS

¹¹ SEGEPLAN definió la vulnerabilidad de los municipios del país como parte del Programa “Guate Solidaria”. La clasificación fue: Nivel I: 41 municipios; Nivel II: 70 municipios; Nivel III: el resto de municipios del país.

¹² El tipo de cambio es de Q. 7.60 x US\$ 1

que provinieron de otros donantes internacionales como USAID, Plan Internacional e Intervida que ofreció su aporte en especie.

¿Se ha institucionalizado el Programa de Extensión de Cobertura en el MSPAS?

El Programa inició como un proyecto piloto que debía convertirse en una parte estructural del funcionamiento del MSPAS. Por ello, la institucionalización se ha venido trabajando de dos formas:

- 1) La sistematización de los procesos de información que es la base para la planificación, la supervisión y el monitoreo, la evaluación, auditoría social y la capacitación en salud de los proveedores de servicios y de la comunidad rural.
- 2) La integración de las políticas, la estructura y de los sistemas del programa a los sistemas formales del MSPAS.

Los procesos que el MSPAS ha sistematizado con éxito se refieren a:

1) Implementación de un Sistema de Información

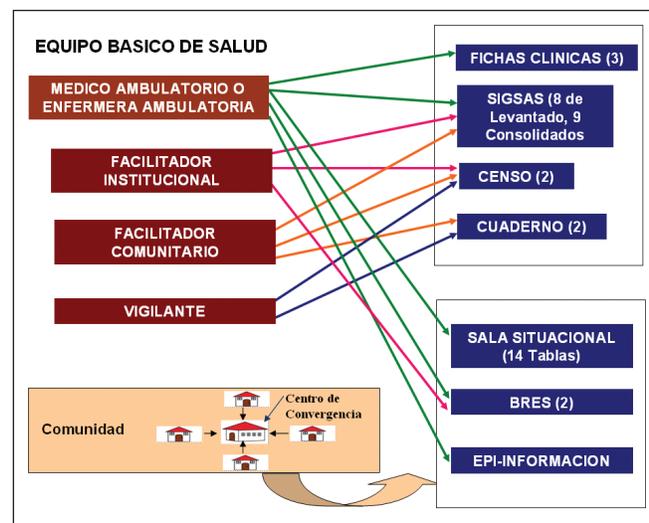
El Programa ha definido un proceso de recolección, tabulación y análisis de la información estadística poblacional y de salud que tiene una alta eficiencia y eficacia. El instrumento en el que se basa el sistema es el **recuento poblacional**—comúnmente conocido como **censo**—al cual se asocia con la ficha o expediente clínico para realizar la planeamiento y adecuación de servicios, el monitoreo, supervisión y evaluación. Por la base y los procesos de recopilación de información del “censo”, su actualización es permanente, veraz y dinámica.

Desde el 2005, se ha tenido en una base de datos el recuento completo y actualizado de toda la población que

vive en cada una de las jurisdicciones atendidas. Se cuenta con información detallada de cuántas personas habitan en cada casa, su sexo, su edad, las condiciones de la vivienda y para aquellos que tienen ya su ficha clínica, también se tiene su perfil de salud detallado. Un dato importante es que para la clasificación de los lugares poblados se utiliza la misma clasificación del Instituto Nacional de Estadística (INE) por lo cual homologar la información es mucho más eficiente.

Para contar con esta información, se ha establecido un proceso de recolección de información que involucra a todo el personal voluntario y contratado (Ver Gráfica 2, siguiente).

Gráfica 2. Levantado de Información



Los(as) **vigilantes** de salud son los(as) encargados(as) de recolectar y reportar la información sobre los eventos de salud importantes: nacimientos, partos, defunciones, controles de vacunación, controles médicos, de peso, entre otras.

El(la) **facilitador(a) institucional** y el(la) **facilitador(a) comunitario(a)** son los encargados de recolectar la información de los y las vigilantes, complementarla y reportarla en la forma que el MSPAS la requiere—conocido como Formularios SIGSA



individuales y consolidados—y que son útiles para los controles del Programa—Recuento y Fichas Clínicas.

Los médicos(as) o enfermeras(os) ambulatorias(os) son los (las) encargados(as) de recolectar la información en la ficha clínica o

expediente, que es la base para la actualización del recuento. Esta ficha contiene los controles escritos de cada miembro de la comunidad que atienden, pudiendo tener controles detallados y específicos de su historia o evolución clínica.

Una vez recolectada la información, se analiza en lo que

se conoce como “Sala Situacional” en cada centro de convergencia y en cada ONG responsable. La sala situacional permite ver gráficamente tendencias en el perfil epidemiológico y en el comportamiento poblacional—nacimientos y defunciones por ejemplo, anticipar problemas epidémicos, revisar lo que se ha hecho y lo que falta por hacer; pero, sobre todo, tomar decisiones sobre cómo proceder para mantener o mejorar la atención.

El programa diseñó los formularios para recolectar la información de forma que sean fáciles de llenar por los comunitarios. El manejo de la información es computarizado y reportado al MSPAS de acuerdo a las políticas que establece el Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA).

2) Supervisión y Monitoreo

El programa elaboró un sistema de supervisión y monitoreo, el cual es ejecutado por el personal de la Unidad de Asistencia Técnica –UAT-, que fue contratado por el PEC para fortalecer a los equipos de las Direcciones de Área de Salud –DAS-. El número de personal se define con base en el número de jurisdicciones, y sus principales responsabilidades son la colaboración en la planificación y la ejecución de la supervisión y el monitoreo de las ONG que cuentan con convenios con el MSPAS.

La existencia de indicadores de medición de la ejecución y de metas son los principales instrumentos para hacer el monitoreo formal trimestral, así como para aplicar protocolos de supervisión en cada visita que se realiza a las ONG ejecutoras. Tanto la supervisión como el monitoreo de las ONG y su personal han sido la base para la elaboración de planes de capacitación o aplicación de medidas preventivas y correctivas oportunas e integradas a la red de servicios del MSPAS.

3) Evaluación

La evaluación que realiza el PEC se basa en los resultados. Cada trimestre se revisa el avance en el cumplimiento de las metas a través de indicadores, y anualmente se evalúa el resultado obtenido.

La evaluación anual es la base para la renovación de los convenios con cada

ONG. El incumplimiento de metas, así como fallas en los controles y resultados financieros, tiene sanciones económicas, civiles, o penales—egún sea el incumplimiento, así como la rescisión del convenio. En el año 2005, se iniciaron 15 procesos administrativos por parte de la Contraloría de Cuentas y se presentaron denuncias ante el Ministerio Público contra 11 ONG que no habían manejado los fondos públicos con transparencia en el periodo de gobierno anterior.

4) Auditoría Social

La evaluación de la satisfacción de comunidad es el último elemento del sistema de evaluación-planificación. Este sistema tiene como objetivos:

1) promover la participación real de la comunidad mediante instrumentos concretos; 2) utilizar los resultados de los comités de auditoría social para decidir sobre un incentivo monetario al equipo básico de salud (EBS); y 3) capacitar e informar a la comunidad sobre los derechos y obligaciones que tiene con respecto al EBS.

Durante el año 2006, se capacitaron 172 comités de auditoría social, que equivalen a 130 jurisdicciones existentes.

5) Capacitación

Los planes de capacitación se basan en los sistemas anteriormente descritos. Es de hacer notar que los planes de capacitación no son exclusivos para el personal del MSPAS—UAT, Jefaturas de Área, sino también para el personal de salud y administrativo de la ONG, así como para el personal comunitario.

Se han sistematizado las metodologías que combinan capacitación individual por parte del UAT, así como la capacitación formal en cursos y seminarios específicos en salud y en manejo de procesos administrativos. Así mismo, se han elaborado materiales

de capacitación, en forma gráfica, adecuados para los requerimientos del nivel comunitario. Por último, se estima que durante el año 2006 se capacitaron aproximadamente 43,000 personas en programas formales de capacitación en salud, y cerca de 2,000 personas administrativas.

Por otro lado, el Programa ha venido trabajando en la integración de las políticas y la estructura del Programa con la del MSPAS. En la actualidad: 1) existe una dependencia formal de Extensión de Cobertura (UPS 1) dentro de la estructura del MSPAS aprobada por el reglamento interno y existen UAT funcionando en 26 de las 29 Direcciones de Áreas de Salud del país; 2) la información se recolecta y se analiza en la forma aprobada por el SIGSA, utilizando medios computarizados; 3) los procesos de selección y de adjudicación de ONG, así como de compra de medicamentos se realizan de acuerdo a la normativa vigente para el MSPAS; 4) el sistema de planificación, programación y presupuestación nace en el nivel comunitario; y 5) existen protocolos de atención de los servicios de salud preventivos.

Los Resultados

Si bien todos los sistemas y procesos que se han institucionalizados, éstos no tendrían razón de ser, si los resultados que se obtienen con el programa no tienen impacto en la cobertura y en los indicadores de salud de la población guatemalteca.

Es evidente que los resultados en aumentar la cobertura han sido exitosos. A Diciembre del 2006, se cubría con los servicios básicos de salud a 4.1 millones de personas del área rural del país, mostrando la siguiente cobertura incremental:

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

Los indicadores de salud por su parte también han mejorado sensiblemente. Datos oficiales al 2005, daban cuenta de los siguientes resultados comparativos:

Tabla 3. Comparación de Indicadores de Salud*

Rubro	1994	2005
Tasa de Mortalidad Infantil en niños menores de 5 años (por cada 1,000 niños nacidos vivos)	34	23.10
Mortalidad Materna (por cada 100,000)	24	12.034
Mortalidad General (por cada 1,000 habitantes)	7.2	4.5
Esperanza de vida	63	67.3

Fuente: Datos del MSPAS de diferentes años y fuentes.

* Ver Anexo 2 para más indicadores de salud de años intermedios.

Así mismo, en 2006, el CSBS se complementó con servicios o intervenciones nutricionales en 187 jurisdicciones de los 83 municipios con mayor desnutrición crónica, que incluyen entre otros servicios: la entrega de alimento complementario, Vitacereal, a niños de 6 a 36 meses y mujeres embarazadas y en período de lactancia; demostraciones de

preparación de alimentos; y, educación en salud y nutrición a la población beneficiaria.¹³

El MSPAS fortaleció las jurisdicciones de 124 municipios—entre aquellos más pobres y con más desnutrición crónica—con educadoras comunitarias en salud y nutrición, insumos, equipo y vehículos.

A continuación algunos ejemplos de Indicadores de Cobertura que han mejorado significativamente:

Según la Encuesta de Salud Materno Infantil 2002 sólo el 20% de las mujeres recibían atención postnatal y en el área rural solo el 15.4%. Según lo reportado en el sistema de información automatizado del PEC en el año 2006 se alcanzó el 39.5% a nivel nacional, así como el 31.35% de control en niños menores de 28 días.

Estos indicadores son fundamentales para la identificación de señales de peligro: la mortalidad materna e infantil son más altas en estos períodos. Es fundamental también el cumplimiento de otros indicadores tales como inicio de esquema de inmunizaciones,

monitoreo y promoción del crecimiento, suplementación con hierro y ácido fólico, vacuna Tda, cita para el primer control del niño y actualización del censo de población.

Según datos del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional la producción histórica del MSPAS en monitoreo del crecimiento es de 14% hasta el año 2005. En el año 2006 se alcanzó el 54.7% de monitoreo del crecimiento en de la población de niños menores de 2 años cubiertos por el PEC.

Lo anterior permitirá dar mejor seguimiento a los niños en monitoreo del crecimiento y detectar en forma temprana cambios en la ganancia de peso para tomar acciones y evitar que los niños se desnutran.



El Futuro

El programa se ha planteado nuevas metas, no solamente para el cumplimiento de las condiciones contractuales del préstamo BID y cooperación no reembolsable, sino para continuar de forma sostenible con sus actividades en beneficio de la población.

Las metas del 2007 incluyen:

- **Cubrir a 4.3 millones de personas en el 2007,** con

¹³ La línea de base del programa se realizó en coordinación varias entidades del Estado y organismos internacionales, tales como la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SESAN- y el Programa Mundial de Alimentos -PMA-.

el apoyo financiero de MSPAS (58.47%), BID (30.85%), Banco Mundial (10.69%), USAID (6.83%) otras ONG nacionales, como INTERVIDA, e internacionales, como Plan Internacional (3.16%), en 41 municipios prioridad I por índice de NBI; 83 municipios con prevalencia sobre 65% de desnutrición crónica; y en 70 municipios prioridad II en donde se mejorará el costo per cápita, para cubrir a todos los beneficiarios guatemaltecos, especialmente aquellos en los municipios priorizados.

- Para el año 2007 se espera alcanzar una meta de 4.3 millones de beneficiarios los cuales incluyen **665,289** niño(as); **999,097** mujeres en edad fértil y **818,465** familias, ubicados en más de 8,000 lugares poblados cubiertos por ONG en convenio con el MSPAS para la prestación de CSBS (427 jurisdicciones).
- La meta paralela y de mediano plazo es la de incrementar el valor per cápita del CSBS para ofrecer más y mejores servicios a los beneficiarios.
- Facilitar al Equipo Básico de Salud la entrega del CSBS. En la mayoría de jurisdicciones son solamente dos personas por EBS y se movilizan en motocicleta. Se espera que al 2007 el equipo en todas las jurisdicciones sea de al menos 4 personas y que puedan movilizarse en vehículo de 4 ruedas.
- **Concretar convenios con ONG en más de 427 jurisdicciones**, que representan aproximadamente 40,000 personas trabajando en la ejecución del CSBS y donde un alto porcentaje es personal voluntario.
- **Ejecutar el Proyecto Piloto de Fortalecimiento de Puestos de Salud “Extensión de Cobertura Institucional” en 21 Puestos de**

Salud del Departamento de San Marcos (municipios de Concepción Tutuapa, Comitancillo, Tajumulco y Tacaná) y de Chiquimula (municipios de Jocotán, Camotán, San Juan Ermita y Olopa) orientada a las acciones básicas de salud y a la reducción de la desnutrición crónica con apoyo de UNICEF.

- Fortalecer 118 Puestos de Salud con la figura de Administradoras de Servicios de Salud.

A finales del 2007, el Ministro de Salud Pública, Lic. Alfredo Privado, consideraba que el futuro del programa dependía de una combinación de factores... *“que exista la voluntad política de las autoridades de turno y de todos los trabajadores del MSPAS; que se continúe dando resultados positivos; que existan los recursos para que los buenos ejecutores continúen prestando servicios; y que se mantenga y aumente la organización comunitaria en torno a la salud.”*

Para el equipo de trabajo que coordina el Programa, los desafíos son todavía muy grandes, y consideran que su prioridad estará centrada en:

- Continuar y no abandonar el sistema establecido de seguimiento y evaluación concurrentes.
- Incrementar el valor per capita para poder fortalecer el CSBS.
- Incorporar a los técnicos de las UAT al financiamiento de las áreas de salud.
- Incrementar el número de servicios de salud de segundo y tercer nivel para mejorar la capacidad de resolución—el PEC sin posibilidad de realizar referencias no podrá ser exitoso jamás, el sistema de salud debe ser integral.
- Continuar fortalecimiento la capacidad de los proveedores

(ONG) ya que cerca de la mitad solo tienen convenios con el MSPAS, deben tener capacidad para atraer más recursos para su crecimiento, desarrollo y sostenibilidad.

- Al aumentar los recursos financieros, aumentar la cartera de servicios para tener capacidad de atención a enfermedades crónicas, y otras. Aunque no son servicios costo efectivos, son la demanda sentida de la población quien busca atención especializada—incluyendo pruebas diagnósticas y medicamentos.

Reflexión

El Programa de Extensión de Cobertura ha demostrado que ha trascendido diversos períodos de gobierno, no sin los tropiezos que esto conlleva; sin embargo los resultados demuestran que con una **acción sostenida** entre el sector público y privado—nacional e internacional; con una **visión y metas claras**; con la **voluntad política** de las autoridades y de los trabajadores del MSPAS; y, con el aprovechamiento de la **organización comunitaria local**, es posible superar las adversidades.

Programas como el de Extensión de Cobertura deberían ser un orgullo para los guatemaltecos, porque si bien el modelo no es único y se aplica en otros países, las circunstancias y las características de la población, hacen que los resultados ya significativos y logrados con tan solo el 10% del presupuesto asignado al MSPAS, permitan que lo que me dijo un campesino en mi recorrido por el interior; sean hoy una realidad en el país: *“Seño... me faltan muchas cosas, pero Gracias a Dios, hoy tengo lo principal, que es la vida y salud de mis hijos.”*

Anexo I. Detalle de Cambios en el Conjunto de Servicios Básicos de Salud

Componente	CSBS 1997-2004	CSBS 2005
Atención a la mujer		
Atención prenatal	2 controles, no se cuenta con ficha médica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tres controles prenatales por médico. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 En el 1er control se incluirá: <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1 examen físico completo 1.1.2 una prueba de embarazo 1.1.3 examen de orina y 1.1.4 control de peso. 1.2 Registro a través de ficha médica y cuaderno de la mujer. 1.3 Aplicación de estrategia AINM-C. 1.4 Elaboración de planes emergencia familiar y comunitaria. 1.5 Entrega de carnet a la embarazada para el control integral de las acciones.
Aplicación de toxoide tetánico	Dos dosis TT.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tres dosis Tda.
Suplementación con hierro y ácido fólico	<p>1 tableta diaria durante 6 meses de embarazo a partir de la captación.</p> <p>1 tableta diaria durante 3 meses post parto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Entrega de micronutrientes, 2 tabletas de sulfato ferroso de 300 mg. por semana más una tableta de ácido fólico de 5mg.
Atención del parto limpio y seguro	<p>A nivel de la comunidad a través de las comadronas tradicionales capacitadas (mujeres que han sido evaluadas por el médico y no presentan signos o señales de peligro o complicaciones).</p> <p>Mujeres con signos o señales de peligro o que presentan complicaciones se refieren.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Atención de parto limpio y seguro en la comunidad. <ol style="list-style-type: none"> 4.1 A nivel de la comunidad a través de las comadronas tradicionales capacitadas se atiende a las mujeres que han sido evaluadas por el médico y no presentan signos o señales de peligro o complicaciones. 4.2 Mujeres con signos o señales de peligro o que presentan complicaciones se refieren. 4.3 A nivel de la comunidad y de la familia se debe contar con un plan emergencia para el abordaje de las referencias.
Atención del puerperio (antes de 40 días)	Atención por comadrona a demanda.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Atención del puerperio por médico o enfermera. <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Un control en los primeros 40 días post parto. 5.2 Entrega de micronutrientes, 2 tabletas de sulfato ferroso de 300 mg. por semana más una tableta de ácido fólico de 5 mg. 5.3 Seguimiento de puérperas a través de la estrategia de AIEPI AINM-C. 5.4 Promoción del espaciamiento del embarazo mediante MELA e información sobre el siguiente método, después de 6 meses post parto.
Espaciamiento de los embarazos	Énfasis en métodos naturales, en 2003 inicia entrega de métodos.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Entrega de métodos inyectables, orales y condones con acompañamiento de consejería a la pareja.
Detección de cáncer cérvico-uterino y de mama	Toma de PAP por demanda (estimación 10% mujeres en edad fértil).	<ol style="list-style-type: none"> 7. Atención Integral a la mujer en edad fértil. <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Incluye oferta de los siguientes servicios: <ol style="list-style-type: none"> 7.1.1 Prueba de embarazo HCG en orina. 7.1.2 PAP /una muestra al año, que incluye la contratación para el análisis. 7.1.3 Tres dosis de Tda. 7.1.4 Suplementación con micronutrientes de acuerdo a norma. 7.2 Oferta sistemática de métodos anticonceptivos. 7.3 Contratación en caso de pruebas positivas de PAP, NIC2 un Centro de referencia tipo APROFAM, quien cuenta con clínica de colposcopia a nivel departamental.
Referencia y respuesta de urgencias	Referencia.	<ol style="list-style-type: none"> 8. Establecer planes de emergencia efectivos para la referencia oportuna. <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Kit de emergencia que contenga: oxitocina, adrenalina y sulfato de magnesio, suero antifélico.

Componente	CSBS 1997-2004	CSBS 2005
Atención de la niñez		
Inmunizaciones. Promoción y monitoreo del crecimiento en niños y niñas menores de 2 años. Suplementación con hierro y vitamina A.	Actividades se realizan aisladas. Promoción de crecimiento una actividad realizada por los vigilantes de salud a niños menores de 2 años.	9. Atención Integral en salud y nutrición a menores de 5 años que incluye: 9.1 Dos controles por médico a niños menores de 1 año. 9.2 Un control por médico a niños de un año a menores de 5 años. 9.2.1 Evaluación general. 9.2.2 Registro a través de ficha médica. 9.2.3 Evaluación psicomotriz. 9.2.4 Seguimiento del crecimiento. 9.2.5 Vacunación de acuerdo a su edad. 9.2.6 Suplementación con micronutrientes. 9.3 Consejería sobre medidas preventivas y nutrición. 9.4 Promoción del crecimiento mensual por vigilantes de salud.
Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Control de Diarrea Control del Cólera	Atención por demanda.	10. Atención Integral de las enfermedades prevalentes de la infancia. 10.1 Implementación de la estrategia AIEPI.
Atención a la demanda por morbilidad y urgencias		
Control de enfermedades transmitidas por vectores	Atención de urgencias y enfermedades prevalentes.	11. Atención a morbilidad permanente en todos los grupos de edad.
Control de Zoonosis	Vacunación de perros y gatos.	12. Vacunación de perros y gatos.
Control de Tuberculosis	BK a sintomáticos respiratorios. Problema en la lectura de BK oportunamente.	13. Seguimiento a los pacientes con tratamiento TB asignados por el Centro de Salud. 13.1 Consejería.
Control de ITS/SIDA	Consejería y referencia.	14. Consejería y referencia.
Atención al ambiente		
Vigilancia de la calidad del agua Promoción de disposición sanitaria de excretas y basuras Mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda Higiene de los alimentos	Consejería.	Educación para el cuidado del medio ambiente. Seguimiento a las familias en las prácticas de: Uso adecuado y mantenimiento de letrinas. Disposición sanitaria de basuras. Promoción para el tratamiento del agua para consumo humano. Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano (toma de muestras de agua). Vigilancia de la disposición sanitaria de excretas Deschatarización y abatización en coordinación con el ETV del DMS.
Promoción, educación en salud y para auditoría social		
Promoción y Educación para el auto cuidado de la salud y para auditoría social	Consejería.	Información, educación y comunicación dirigida a las familias. Autocuidado de la familia. Manejo del riesgo y las complicaciones del grupo materno infantil (estrategia AIEPI AINMC). Prácticas adecuadas de alimentación, nutrición, salud e higiene. Participación comunitaria y auditoría social.

Anexo 2. Indicadores de Salud

Concepto	Indicadores
Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad de 0 a 7 días. 6.08 por 1,000 nv* Tasa de mortalidad de 8 a 28 días. 4.26 por 1,000 nv* Tasa de mortalidad infantil < de 1 año 23.10 por 1,000 nv* Tasa de mortalidad infantil 1 a 4 años. 2.36 por 1,000 nv* Tasa de mortalidad infantil 5 a 9 años. 0.49 por 1,000 nv*
Razón de mortalidad materna	153 por 100,000 nv***
Niños menores de 5 años con desnutrición crónica	49.30%**
Niños menores de 5 años con desnutrición aguda	1.60%**
Niños menores desnutrición global	22.70%** Niños menores de 5 años tratados por Desnutrición: 65,274 = 10.95%*
Madres con bajo índice de masa corporal	25.2%**
Niños menores de 4 meses con lactancia exclusiva	Niños de 5 y 6 meses con lactancia exclusiva: 160,932 = 47.77%*
Niños menores de 5 años cuya madre tuvo vacunación antitetánica	No hay datos
Cobertura TDA durante el embarazo	64.4%**
Niños de 12 a 23 meses vacunados contra el Sarampión	Niños vacunados con SPR. 318,137 de 353,271*
Niños de 12 a 23 meses con todas las vacunas	SPR 318,137 OPV Ref. I. 215,283 DPT Ref. I. 214,266 Cobertura*. 90.05%
Hogares con agua a menos de 15 minutos	Hogares con agua Intradomiciliar. 1,798,011* = 66.74% Hogares con acceso a agua por llena cántaros. 236,440* = 8.77%
Hogares con inodoro	1,358,455* = 50.42%
Nacimientos en los últimos 5 años con atención prenatal por médico	No hay datos
Nacimientos en los últimos 5 años con atención prenatal en primeros 3 meses	Atención prenatal en el primer trimestre de embarazo: 51.1%**
Nacimientos en los últimos 5 años con asistencia médica en el parto	37.0%** Nacimientos con atención médica. 91,874 (30.16%)*
Nacimientos en los últimos 5 años con parto en institución médica	42.10%**
Uso de anticonceptivos en mujeres en unión	57.8.**

* Fuente: Memoria Anual de Informática y Vigilancia Epidemiológica 2005. Centro Nacional de Epidemiología MSPAS. OPS/OMS

** Fuente: Encuesta Nacional Materno Infantil. 2002. Guatemala. C.A.

*** Fuente: Línea de Basal de Mortalidad Materna año 2000.

Anexo 3. Sigla y definición

Sigla	Definición
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AINM-C	Atención Integral de la Mujer en la Comunidad
APROFAM	Asociación Pro Familias Necesitadas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CSBS	Conjunto de Servicios Básicos de Salud
DAS	Dirección de Área de Salud
DMS	Distrito Municipal de Salud
DPT	Diphtheria-Tetanus-Pertussis o en español Difteria, Tosferina, y Tétanos
EBS	Equipo Básico de Salud
ENCOVI	Encuesta de Condiciones de Vida
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil
ETV	Enfermedades transmitidas por Vectores
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NIC2	Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 2
NV	Nacidos Vivos
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPV	Oral Polio Vaccine o en español Vacuna Antipoliomielítica Oral
PAP	Papanicolaou
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PMA	Programa Mundial de Alimentos
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SPR	Sarampión, Paperas y Rubéola
SRO	Soluciones de Rehidratación Oral
TDA	Toxoido Tetánico del Adulto
TT	Toxoido Tetánico
UAT	Unidades de Asistencia Técnica
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund o en español, Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
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
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

