

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Informe final

**ANÁLISIS DE POLÍTICAS, NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN
EL MARCO DE LA INICIATIVA SALUD MESOAMÉRICA 2011GU-G1001**

Héctor M. Chaclán Vásquez

15/08/2011

Identificación de brechas que limitan la funcionalidad de leyes, normas protocolos y lineamientos de atención para atención materno infantil, incluye cumplimiento de políticas.



Siglas utilizadas:

AEIPI.....	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
AGEXPRONT.....	Asociación de Exportadores de productos no Tradicionales
AMEU.....	Aspiración Manual Endo-Uterina.
APROFAM.....	Asociación Pro-Bienestar de la Familia.
ATLC.....	Alimento Terapéutico Listo para Consumo.
BID.....	Banco Interamericano de desarrollo
BCG.....	Bacilo de Calmette Guerin.
CAIMI.....	Centro de Atención Integral Materno Infantil.
CAP.....	Centro de Atención Permanente.
CDC.....	Centro de Control de Enfermedades.
CENAPA.....	Centro de Atención Paciente.
CLAP.....	Centro de Atención Latinoamericano de Perinatología.
CNAA.....	Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos.
CUM.....	Centro de Urgencias Medicas
DAS.....	Dirección de Área de Salud.
DIU.....	Dispositivo Intra Uterino.
DPT.....	Difteria, Pertrusis, Tétanos.
ENSMI.....	Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil.
IMC.....	Índice de Masa Corporal.
IGSS.....	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
IPAS.....	Instituto Para el Aborto Seguro.
ISO.....	Organización Internacional para la Estandarización
ITS.....	Infecciones de Transmisión Sexual
MATEP.....	Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto.
MELA.....	Método de Lactancia Amenorrea
MINSA.....	Ministerio de Salud..
MSPAS.....	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
NCHS.....	Centro Nacional de Estadísticas de la Salud.
OMS.....	Organización Mundial de la Salud.
ONG.....	Organización No Gubernamental.
OPS.....	Organización Panamericana de la Salud.
PF.....	Planificación Familiar.
PIB.....	Producto Interno Bruto.
PNSR.....	Programa Nacional de Salud Reproductiva.
POHPPI.....	Programa de Prevención de la Hemorragia Pos Parto.
PROAM.....	Programa Accesibilidad de Medicamentos.
PROCONE.....	Promoción de los Cuidados Obstétricos Esenciales
PROSAN.....	Programa de Salud y Nutrición
SIAS.....	Sistema Integral de atención en Salud
SIDA.....	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNP.....	Sistema Nacional de Planificación.
SPR-PT.....	Sarampión-Paperas-Rubeola- Pertrusis-Tétanos.
SEGEPLAN.....	Secretaria General de Planificación
SSRR.....	Salud Sexual y Reproductiva.
TCU.....	T de Cobre (dispositivo)
UNFPA.....	Fondo de Población de Naciones Unidas.

UNICEF.....Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
USAID.....Desarrollo Internacional de Estados Unidos de América.
VIH.....Virus del Inmunodeficiencia Humana.

Tabla de contenido

I. Antecedentes.....	9
II. Objetivos de la consultoría	10
III. Metodología.....	10
IV. ACTIVIDADES Y RESULTADOS ESPERADOS	11
1. Identificar el marco legal vigente que rige al sector salud: las leyes, decretos y los procesos de creación de leyes, normas, directivas, reglamentos y protocolos; así como las instituciones involucradas.	12
2. Análisis de las disposiciones legales vigentes con las cuales de manera directa e indirecta se orientan las decisiones de política pública en salud y cómo influyen los escenarios formales así como también los canales no formales en la implementación y desarrollo de las políticas públicas para la salud.....	17
A este respecto se tienen propuestas de tipo técnico, administrativo y político:.....	29
• En el ámbito técnico debe trabajarse un plan de seguimiento a la iniciativa de la agenda nacional de salud, o trabajar un plan nacional de salud a mediano y largo plazo, que defina quienes somos, a donde queremos llegar, en cuanto tiempo. Estableciendo estrategias y actividades a seguir, metas y resultados a alcanzar con plazos que permitan su monitoreo periódico, análisis y evaluación, para reorientar las intervenciones de manera de lograr las metas programadas.....	29
• Reorientar las acciones de salud de manera de impulsar programas de educación en salud para evitar la exposición a riesgos, que promuevan cambios de comportamiento y fomenten estilos de vida saludables. Que logren en cada persona el compromiso del autocuidado de la salud. Es decir fomentar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con intervenciones con mensajes concretos, claros y fáciles de aprender, más que la recuperación de la salud. La educación en salud para la disminución de exposición a riesgos, la promoción de higiene en hogar, las buenas prácticas de alimentación, el cuidado del medio, y medidas preventivas como monitoreo del crecimiento, vacunación, suplementación de micronutrientes, cuidado de la embarazada, planificación familiar, programas de saneamiento del medio, logran prevenir infecciones, y también enfermedades crónicas y degenerativas. No debe trabajarse programas educativos verticalizados, la educación en salud es única. Promover la implementación de programas educativos por educadores más que por personal de salud propiamente...	29
• Enseñar el cómo se hace, en lugar de decir que debe hacerse.....	29
• Fomentar el análisis de la situación de salud periódicamente	29
• Establecer la cartera de servicios por nivel de atención, la capacidad resolutoria de cada servicio y el perfil del recurso humano para idóneo para este servicio.....	29
• Las intervenciones contenidas en las normas de atención tienen costos unitarios para hacer factible y viable su implementación.	29

• Capacitar en el contenido del marco legal y jurídico en salud de manera que las autoridades locales en salud puedan apoyar la vigilancia de la salud de la población, cuidado del medio ambiente, haciendo efectiva el cumplimiento de la ley y de su papel rector.....	29
• Socializar con las organizaciones del sector salud locales su plan de salud a realizar en el territorio, las metas a alcanzar, asignando sectores, territorios e intervenciones a cada actor local, y monitoreando mensualmente el cumplimiento de logros durante el periodo, e implementando planes de mejora que permitan el logro de metas y resultados.	30
• En el ámbito administrativo más que promover nuevos conocimientos y uso de la tecnología de punta, fomentar procesos para mejorar la organización y funciones de los servicios de salud.....	30
○ Elaboración de manual de organización y funciones de cada unidad de servicios, donde todo el personal del servicio participa	30
○ Manual de organización y funciones socializado y conocido por cada integrante del personal.....	30
○ La evaluación del desempeño se realiza no solo para evaluar el conocimiento de la norma, se realiza para evaluar el cumplimiento de las funciones descritas en el manual que el equipo definió.	30
○ Personal nuevo recibe inducción con el manual de funciones	30
○ Evaluaciones periódicas del cumplimiento de las funciones.....	30
• Programación de actividades anuales se realiza en base al análisis del contexto actual y futuro, más que histórico,	30
• La desconcentración y si es posible descentralización de intervenciones.....	30
• Elaboración de normas, protocolos de atención y manuales de funcionamiento en apoyo a la desconcentración y descentralización de intervenciones	30
• Sistema de monitoreo y supervisión oportuno, efectivo desde el nivel municipal, departamental y central.....	30
• Sistema de información confiable, oportuno, funcional.....	30
• Fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa de las persona con cargos directivos, de manera de que puedan dirigir las acciones de salud locales	30
• Ley de los Pueblos Indígenas.....	30
• Brechas generales de Salud.....	32
• Nuevo organigrama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	43

NUTRICION.....	49
----------------	----

1. Hacer una revisión y análisis de las intervenciones efectivas para reducir el retardo en talla, las deficiencias de micronutrientes y la morbilidad y mortalidad infantil en relación con políticas, normativas, programas, protocolos y prácticas en estas áreas.	49
2. Incluir en lo anterior la Promoción de cambios de comportamiento, la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, la introducción oportuna, segura y adecuada de alimentos complementarios y la promoción de prácticas adecuadas de higiene, específicamente el lavado de manos.....	49
3. Incluir las intervenciones de micronutrientes a través de la suplementación con micronutrientes dirigida a niños menores de 5 años de edad, tales como la provisión semestral de suplementos de vitamina A, el uso de suplementos de zinc para el manejo de diarreas y la adición de micronutrientes a los alimentos complementarios.....	49
4. Para las mujeres embarazadas, incluir la revisión y análisis de las intervenciones que incluyan la suplementación con hierro y ácido fólico y el fortalecimiento de los programas nacionales de fortificación en mujeres embarazadas.....	49
5. Incluir las Intervenciones de alimentación complementaria a través de la distribución de alimentos complementarios fortificados con micronutrientes para niños de 6-23 meses de edad de forma universal.....	49
6. Incluir el manejo clínico dado a desnutrición aguda severa.....	62
7. Verificar si para el tema de Nutrición se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales).....	49
SALUD SEXUAL,REPRODUCTIVA Y NEONATAL	72
8. Verificar si para el tema de salud materna, sexual-reproductiva y neonatal se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales)	72
9. Salud materna: revisar y analizar de las políticas específicas y protocolos dirigidos a la atención obstétrica de emergencia, y el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto, en el marco de la atención a la salud materna.....	72
10. Revisar la aplicación a nivel de normas y protocolos de las mejores prácticas para: reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal , reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia, reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto y para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico, u otras causas asociadas a la mortalidad materna.	72
11. Salud neonatal: Revisar y analizar de las normas relacionadas con el paquete de atención esencial para el recién nacido y el paquete de atención de emergencia para el recién nacido.....	72
12. Salud sexual y reproductiva (planificación familiar): Revisar y verificar a nivel de las normas y disposiciones de salud si estas permiten efectivamente implementar	

servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes, garantizar el acceso a los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud, garantizar el acceso libre, informado y voluntario a la vasectomía en hospitales y centros de salud acreditados, a la asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto o a un aborto, de conformidad con las políticas de fortalecimiento de la atención en salud sexual y reproductiva..... 72

13. Analizar si las políticas y normativas vigentes apuntan a una integración / articulación del pilar de salud materna, neonatal y sexual-reproductiva..... 72

VACUNACIÓN 81

14. Revisar y verificar las políticas y normatividad para fortalecer el marco legal para la vacunación como derecho humano: leyes para asignar financiamiento para vacunas y las responsabilidades específicas del estado..... 81

15. Identificación, revisión y análisis de las normas y disposiciones para mejorar la confiabilidad de la frecuencia de las sesiones de vacunación y comunicarlo claramente a la comunidad. 81

16. Identificar, revisar y analizar de Políticas y programas de incentivos de reconocimiento a las familias cuando sus niños completan los esquemas de vacunación (programas de transferencia condicionada u otros incentivos – como condicionalidad explícita) 81

17. Verificar la existencia y aplicación efectiva de protocolos y manuales de mercados socialmente apropiados y culturalmente sensibles acerca de los beneficios de la vacunación en áreas de difícil acceso con población indígena o colonos. 81

18. Evaluar la existencia y ejecución efectiva de planes para el fortalecimiento de las actividades de monitoreo y evaluación de los indicadores de inmunizaciones; así como para las actividades de la cadena de frío (entrenamiento, almacenamiento, insumos, equipos, distribución, supervisión, mantenimiento, reparación, reposición y renovación). 81

19. Diseñar los elementos requeridos para actualizar la normatividad y protocolización en base a la evidencia científica disponible actualizada y en base a estudios costo efectividad y costo beneficio; para la introducción de cualquier vacuna; y a la fecha actual en referencia específica a rotavirus (monovalente) y la vacuna conjugada de neumococo 81

20. Verificar que para la introducción de nuevas vacunas se toman en cuenta estudios de análisis, adecuación y/o fortalecimiento de la oferta fija incluyendo la disponibilidad de recursos humanos, la capacidad de almacenamiento de la cadena de frío, los gastos operativos locales de la acción de vacunación, etc..... 81

21. Diferenciación, revisión y análisis sobre las políticas y protocolos vigentes dirigidos a la atención de salud en general y la aplicación del modelo de atención integral de salud (Listar y analizar por cada ítem)..... 81

22. Diferenciación, revisión y análisis sobre las políticas y protocolos vigentes dirigidos a la atención primaria de salud basados en la población y en el enfoque de atención integral de salud (Listar y analizar por cada ítem)..... 81

23. Revisión y análisis de las políticas y normativas para el desarrollo de capacidades de trabajadores de salud comunitarios para su articulación y/o integración al sistema de salud (sea a través de diferentes actividades como uso de datos, participación comunitaria en la planeación de servicios, para la r mejora de los servicios, monitoreo, resultados en salud, evaluación, rendición de cuentas u otros aspectos de la atención, promoción y/o prevención de la salud).....	81
24. Verificar si se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales).....	81
25. Se anticipa que la consultoría proporcionará al BID y al MINSA los siguientes productos: un estudio integrado que detalle hallazgos y proponga recomendaciones prioritarias para mejorar la efectividad y eficiencia de las políticas, normas y protocolos de atención en salud en el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2011.....	85
26. VECTORES.....	93
PROTOCOLOS DE MANEJO DE ATENCIÓN.....	97
BRECHAS ESPECÍFICAS EN SALUD.....	103

ANÁLISIS DE POLÍTICAS, NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MARCO DE LA INICIATIVA *SALUD MESOAMÉRICA* 2011 GU-G1001

I. Antecedentes

Al igual que los países de la región mesoamericana, Guatemala ha logrado mejorar sus indicadores de salud en los últimos años; sin embargo, el análisis de los resultados de la Encuesta de Salud Materno Infantil 2008-2009, aun muestra rezagos en comparación con los demás países centroamericanos. (Ver ilustración 1). Esta situación se hace más evidente, cuando se desagregan estos indicadores de país por variables socio demográficas (pobreza, indígenas y rurales). Estas inequidades en el estado de salud son en parte resultado de grandes diferencias en el acceso a los servicios de salud e indican la necesidad de continuar trabajando en la mejora del acceso, disponibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud para las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas.

Ilustración 1 Tendencia de indicadores básicos de Guatemala medidos en ENSMI desde 1987 a 2008

Indicadores básicos de diferentes encuestas

Indicadores básicos	ENSMI 1987 ¹	ENSMI 1995	ENSMI 1998/99	ENSMI 2002	ENSMI 2008/09
Fecundidad					
Tasa Global de Fecundidad (niños y niñas por mujer)	5.6	5.1	5.0	4.4	3.6
Mortalidad Infantil					
Tasa de mortalidad neonatal para los últimos 10 años (por 1,000 nacidos vivos)	36	29	26	23	18
Tasa de mortalidad infantil para los últimos 10 años (por 1,000 nacidos vivos)	79	57	49	44	34
Tasa de mortalidad en la niñez para los últimos 10 años (por 1,000 nacidos vivos)	121	79	65	59	45
Salud Materno Infantil					
Porcentaje de partos atendidos en un establecimiento de salud	ND	34.3	40.4	41.3	51.2
Porcentaje de partos atendidos por un profesional de la salud capacitado	29.2	34.8	40.6	41.4	51.4
Porcentaje de niños que recibieron vacuna contra el Sarampión (12-23 meses de edad)	55.0	75.1	80.6	74.7	77.6
Porcentaje de niños con inmunización completa (12-23 meses de edad)	22.2	42.6	59.5	62.5	71.2
Porcentaje de niños con infección respiratoria aguda o fiebre llevados a un establecimiento de salud	ND	40.5	37.4	64.3	59.5
Porcentaje de niños con diarrea que recibieron SRO o solución casera	16.1	22.1	33.5	40.6	44.0

Fuente ENSMI 2008-2009.

El Banco Interamericano de Desarrollo lidera la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (alianza público-privada regional entre países de Mesoamérica, fundaciones privadas y donantes tanto bilaterales como multilaterales) con el propósito de reducir las desigualdades de salud existentes para las poblaciones más pobres de

esta región. Propone financiar intervenciones por el lado de la oferta y la demanda, incluidas la introducción de cambios en las políticas, nuevas intervenciones, la expansión de paquetes de atención de salud probados y eficaces en función del costo efectividad y la entrega de incentivos por prestaciones eficaces. Entre sus principales características se cuenta un modelo de financiamiento basado en resultados (RBF, por sus siglas en inglés), una sólida medición del desempeño, transparencia y consistencia en la emisión de informes y rendición de cuentas y evaluación del impacto global. Los fondos de esta iniciativa centrarán sus recursos en la integración de intervenciones claves destinadas a reducir las desigualdades de salud generadas por la falta de acceso a nutrición y atención de salud sexual y reproductiva, materna y neonatal entre los más pobres.

Como parte de esta iniciativa se ha realizado un estudio sobre el contenido de políticas, normas y protocolos de atención en salud con el fin de aportar información sobre como la aplicación y funcionalidad de las mismas apoya o no la aplicación de intervenciones en salud costo efectivas para la toma de decisiones que coadyuve a mejorar el sistema de salud del país,

II. Objetivos de la consultoría

Analizar el contenido de las políticas, normas y protocolos de atención en salud con el fin de:

- i. Identificar los puntos que limitan la implementación adecuada de las intervenciones de salud pública y aquellos específicos de la Iniciativa SM2015 en Guatemala.
- ii. Analizar el uso del costo-efectividad para definir las políticas.
- iii. Proporcionar la asistencia técnica necesaria para armonizar las políticas, normas y protocolos con las prácticas adecuadas de atención.

Alcance: El estudio hará un énfasis en las políticas, normas y protocolos de atención en salud en los siguientes niveles: (i) nacional y local; (ii) para las intervenciones de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015: salud integral de la mujer y del recién nacido (salud sexual y reproductiva, materna y neonatal), atención integral a niños menores de 5 años (salud infantil, nutrición y vacunación) y dengue y malaria y (iii) a nivel de manejo y aplicación de protocolos de atención.

III. Metodología

Para lograr realizar el presente estudio se han planificado la realización tres fases de trabajo: 1) fase de recopilación documental de leyes, políticas, normas y protocolos de atención, documentos de planificación anual del Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud 2008-2012, Presupuesto de la Nación de los años 2005 al 2011. 2) fase de entrevistas con actores claves: Coordinadores de programas nacionales de regulación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Salud Reproductiva, PROSAN, Vectores. Entrevistas

con integrantes del Observatorio Nacional de Salud Reproductiva, diputados o asesores de los mismos que han participado en propuestas de leyes a favor de la salud de los y las guatemaltecas. 3) fase de consolidación y análisis de la información, elaboración de informe final de consultoría.

Tabla 1- Estructura del informe

Análisis de políticas, normas y protocolos de atención en salud		
Marco legal <ul style="list-style-type: none"> •Leyes •Decretos •Normas •Reglamentos •Protocolos •Disposiciones legales vigentes que orientan las decisiones en salud •Escenarios formales y no formales •Identificar, sugerir ajustes a normativa técnica viables 	Estructura funcional y Programática <ul style="list-style-type: none"> •Procesos funcionales de coordinación MSPAS-Legislativo •Efectividad, aplicabilidad de normas y protocolos de atención en salud •Existencia funcionabilidad de sistemas de acreditación y certificación •Recomendaciones para la mejora estructural y programática 	Intervenciones iniciativa SM 2015 Análisis y recomendaciones Nutrición Salud Materna Vacunación

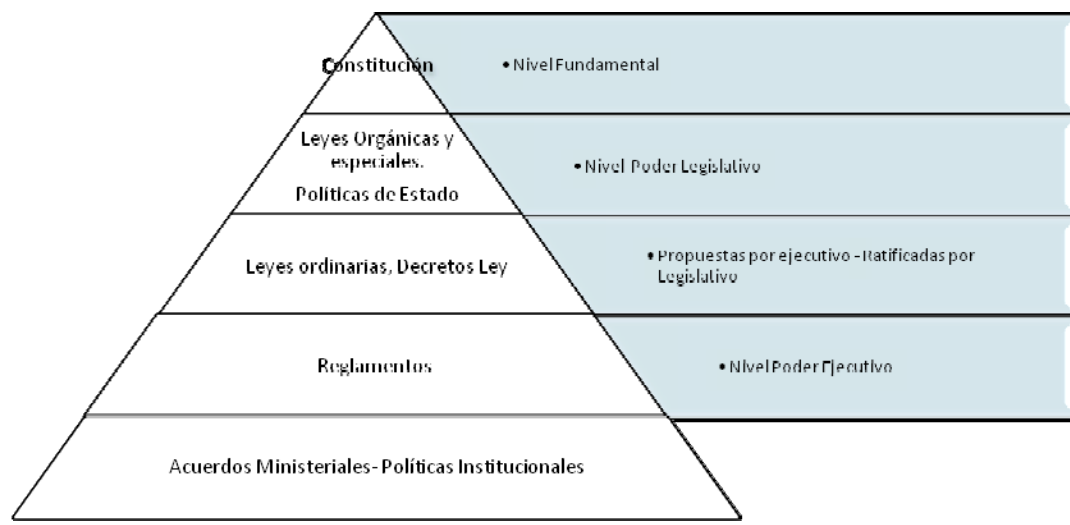
IV. ACTIVIDADES Y RESULTADOS ESPERADOS

1. **Identificar el marco legal vigente que rige al sector salud: las leyes, decretos y los procesos de creación de leyes, normas, directivas, reglamentos y protocolos; así como las instituciones involucradas.** Analizar, brevemente la funcionalidad del proceso.

Para el análisis de la funcionalidad del marco legal vigente que rige el sector salud en Guatemala, se puede utilizar la pirámide de Keslen que permite conocer la jerarquización de las leyes en el país. Se tiene en primer lugar: la Constitución de la República, que se equipara con convenios internacionales, en segundo lugar, le siguen en orden descendente los “Leyes orgánicas y Leyes especiales” con rango constitucional, como ejemplo: Ley del organismo ejecutivo, Ley del organismo judicial, en tercer lugar, “Leyes ordinarias” como ejemplo: Código de salud, Ley de servicio civil, Ley de Presupuesto de la Nación, por mencionar algunos, en cuarto lugar, los “Decreto Ley” ó acuerdos gubernativos (leyes impulsadas por el ejecutivo que luego son ratificadas por el congreso), en quinto lugar “los reglamentos”, en sexto lugar

están “los acuerdos ministeriales”, y las políticas institucionales, los planes y prioridades de salud para determinado período gubernativo.

Ilustración 2. Pirámide de Keslen



Así, se identifica que el Gobierno de Guatemala cuenta con un marco legal fundamentado en los principios de equidad e igualdad de oportunidades, solidaridad y participación social. Reconoce el derecho a la vida, a la salud sin discriminación alguna. Considera una obligación del Estado el velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. El desarrollar a través de sus instituciones acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud¹. Para dar cumplimiento a estos mandatos constitucionales ha elaborado políticas coherentes de Estado en materia de salud, que garanticen la participación de todos los guatemaltecos en la búsqueda de la salud. En el Código de salud² (decreto número 90-97), se retoman los principios anteriores, define la responsabilidad de los ciudadanos, las obligaciones del Estado, garantiza el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud; a un trato con respeto y dignidad a su persona, a la intimidad, a la no discriminación. Esta ley es de observancia general sin perjuicio de la aplicación de las normas de seguridad social. Cuando existan dudas sobre la aplicación de las leyes sanitarias, deberá prevalecer el criterio de aplicación de la norma que mas beneficie la salud de la población en general. Sin embargo cuando se pasa de un nivel superior a uno inferior en la escala jerárquica de las leyes relacionadas a salud, se identifican las siguientes brechas:

¹ Constitución de la República: Artículo 1: Protección a la persona, Artículo 3: Derecho a la vida, Artículo 4: Libertad e igualdad, Artículo 93: Derecho a la salud, Artículo 94: Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social, Artículo 95: La salud bien público.

² Decreto ley 90-97, Código de Salud: Artículo 1: Derecho a la salud, Artículo 3: Responsabilidad de los ciudadanos, Artículo 4: Obligaciones del Estado, Artículo 5: Participación de la comunidad, Artículo 6: Información sobre salud y servicios, Artículo 7: Ley de observancia general.

- Entre el Código de Salud y el Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con respecto a la Ley orgánica de presupuesto de la Nación, la Ley de servicio civil y su reglamento; ya que este último contiene algunos vacíos de ley que dificultan su aplicabilidad, al no subordinarse el reglamento a ley de servicio civil ni a la ley orgánica del presupuesto (101-97), que en su artículo 8 dice: vinculación plan – presupuesto. Por ejemplo: la propuesta de dependencias no contempladas en ley orgánica del presupuesto: Dirección General del SIAS, en sustitución de la Dirección General de Servicios de Salud, propone una clasificación de puestos no contemplados en el reglamento de la ley de servicio civil.
- Entre el Reglamento orgánico interno y el modelo de atención integral en salud (MAIS), donde este último propone una nueva nomenclatura para los servicios de salud (Centros de Atención Permanente, Centros de Atención Integral Materno Infantil, Centros de Urgencias Médicas, Policlínicos, etc.), y una readecuación de los servicios que comprenden los niveles de atención: centros comunitarios, puestos de salud y centros de salud en el primer nivel de atención, CAP, CAIMI, CUM, Hospitales tipo 1, en el segundo nivel de atención. Estos servicios y esta nueva clasificación no lo contempla el reglamento orgánico interno vigente en la actualidad.
- Otra brecha identificada entre la ley de presupuesto de la nación, y el modelo de atención integral de atención es que la clasificación de servicios de salud y la clasificación de los mismos de acuerdo a su capacidad resolutoria y su cartera de servicios en el segundo nivel de atención, corresponden a servicios de salud preventiva de acuerdo a la ley de presupuesto y no tienen contemplada fondos para servicios curativos (resolución quirúrgica, encamamiento).
- Otras limitantes se identifican en la operativización de la Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32-2010), Artículo 4: principios rectores: El Estado garantizara que los servicios para la atención materno-neonatal sean accesibles geográfica y culturalmente, con énfasis en los grupos socialmente excluidos mencionados en el literal a) del artículo 2 de la presente ley. Esto es debido a que la vigencia de la ley cobra vida al momento de su publicación y no en todas las comunidades hay cobertura de servicios accesibles geográfica y culturalmente. El proceso de hacer accesibles estos servicios implica tiempo, inversión en infraestructura, equipamiento, dotación de recurso humano capacitado.
- En el artículo 5, Proveedor Calificado: Profesional de salud con destrezas y habilidades médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y postparto, así como sus complicaciones. La dificultad para la operativización del mismo, es que la Unidad de Pueblos Indígenas menciona que la abuela comadrona, es una persona responsable de la atención de los partos que no necesita de la capacitación para la atención del parto, “ella tiene el *don*, la *señal*” para poder hacer su trabajo; desde esta perspectiva como va ser certificada para la atención del parto, en el contenido de la presente ley no se contempla, la única figura es la comadrona técnica.

- En el artículo 9, Atención obligatoria durante el parto. Las instituciones a las que se refiere el artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones: a) atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas, nacionales e internacionales y los protocolos institucionales vigentes. D) atención obstétrica de emergencia básica que incluya los procedimientos establecidos en los protocolos para la atención de la emergencia obstétrica con énfasis en las hemorragias obstétricas, cualquiera que sea su origen. E) equipo médico, insumos y medicamentos disponibles para la atención del parto, del recién nacido, post parto y hemorragias obstétricas, de acuerdo al nivel de resolución de cada servicio. G) disponibilidad de sangre segura en cantidad y calidad suficiente. La limitante es que no se cuentan con protocolos actualizados para el manejo de “emergencia básica” a nivel de los servicios de salud. Las guías para el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales recientemente publicadas no desagregan la resolución por niveles de atención, su aplicación es a nivel de servicios de mayor complejidad. El acceso a sangre segura y sus hemoderivados en este momento es a nivel hospitalario, no de servicios de segundo nivel.
- En el artículo 12, Centros de Atención Integral Materno Infantil y Centros de Atención Permanente, se institucionalizaran como parte del segundo nivel de atención de la Red de Servicios Públicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como centros especializados y estarán ubicados geográfica y estratégicamente con características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal. Serán atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería calificados. Podrán participar las comadronas, quienes brindaran servicios con pertinencia cultural para mejorar la salud materna neonatal y prevenir las muertes maternas y neonatales evitables y atenderán las veinticuatro horas del día durante todo el año. Este artículo de la presente ley presenta algunas limitantes operativas en la actualidad, que pueden ser una oportunidad de mejora en el corto plazo, por ejemplo: la ubicación geográfica y estratégicamente con características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal. La ubicación de los CAP y CAIMI en la actualidad no cumple en su mayoría con este criterio, en el documento del modelo se da énfasis a los criterios mencionados con sin embargo no tiene un reglamento orgánico interno que respalde su operativización.
- En el artículo 17, Proveedores comunitarios y tradicionales: Los proveedores comunitarios y tradicionales brindarán los servicios de maternidad en el primer nivel de atención, aplicando normas y protocolos establecidos. En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular, en coordinación con las organizaciones de comadronas, una política que incluya definición del rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico. La limitante observada en este artículo es su operativización es que las

normas no diferencian la oferta de acuerdo a la capacidad de resolución del primer y segundo nivel de atención, la infraestructura, equipamiento, dotación de recurso humano es distinta en la práctica, sin embargo la norma no discrimina en sus lineamientos que corresponde al primer nivel y que al segundo.

- En el tema normativo y regulatorio, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, se han publicado la segunda edición de las “normas de atención en salud integral para el primer y segundo nivel de atención 2010”, que regulan y estandarizan la oferta y prestación de servicios para mejora de la calidad de atención. A pesar de este esfuerzo se identifican brechas funcionales entre lo que esta normado y su aplicación al momento del contacto con el paciente, por ejemplo:
 - La normas no diferencian la oferta de acuerdo a la capacidad de resolución del primer y segundo nivel de atención, lo cual al momento de evaluar el desempeño del proveedor de acuerdo a la norma presenta dificultades, por ejemplo los servicios del primer nivel de atención no cuentan con laboratorio clínico, ni con pruebas rápidas para realizar pruebas de orina de rutina, ni glucómetros para análisis de glicemia en pacientes, además de pruebas para análisis de hematocrito y hemoglobina.
 - Describe ciertas intervenciones que salvan vidas por ejemplo para neonatos que el equipamiento solo está disponible en algunos establecimientos del segundo nivel de atención. No en todos.
 - El contenido de las normas va más orientado a procesos de recuperación de salud, más que a intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por ejemplo en salud del lactante y niñez habla de IRA, y para caso de resfriados describe el uso de medicamentos como acetaminofen para tratar síntomas, pero no de cómo prevenir el contagio con otras personas como puede ser, lavado de manos, cubrirse la nariz y boca al estornudar.
 - Respecto a la funcionalidad de la aplicación, se identifica que programas prioritarios como son salud reproductiva, inmunizaciones, ITS/VIH-SIDA, que al contar con fondos y apoyo técnico de agencias de cooperación, se verticalizan al momento de su operativización y dejan de lado la atención integral de la persona, lo cual contribuye a fragmentar mas el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública.
- Respecto al contenido de algunos protocolos y guías de atención se identifican brechas en su operativización por ejemplo:
 - Uso de oxitocina para el manejo activo del tercer período del parto, se mencionan indicaciones de uso, dosis, pero no de forma adecuada de almacenamiento (temperatura, no exposición a la luz).
 - Para los métodos anticonceptivos, las Guías Nacionales de Planificación Familiar, describen cada método disponible en el Ministerio de Salud, como actúa, protección esperada del método usado adecuadamente, quienes pueden usarlo, quienes no pueden usarlo, ventajas y beneficios, limitaciones, aplicación del método, cuando iniciarlo, manejo de efectos

secundarios comunes, seguimiento, donde pueden reabastecerse, sin embargo, para algunos métodos menciona quien puede proveerlo, por ejemplo: la T de Cobre, mientras para los otros métodos anticonceptivos como los inyectables, las píldoras, el condón, el método de días fijos (collar) no lo menciona.

- Esta brecha entre la oferta de métodos anticonceptivos y el tipo de proveedor, es una limitante para la disminución de la demanda insatisfecha ya que la misma se concentra en áreas urbanas y no en rurales. Se puede observar claramente esta situación al revisar el capítulo 5 de la ENSMI 2008/9, donde mujeres de 15 a 49 años entrevistadas que usan algún método anticonceptivo al momento de la encuesta, se identifica que en el área urbana el 34.9% de las mujeres usan métodos modernos en comparación con un 24.6% en el área rural. Esto tiene mayor relevancia cuando se identifica que en el nivel rural la fuente de suministros para métodos anticonceptivos es en 71% servicios públicos.
- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha incorporado dentro del contenido de las Normas y protocolos de atención intervenciones costo efectivas, basado en evidencia médica (uso de sobres de rehidratación oral para tratamiento de la deshidratación en niños y niñas, la inmunización para enfermedades prevalentes en la infancia, la estrategia AIEPI, etc.). Sin embargo pocos programas tienen estimado el valor de sus intervenciones, lo cual constituye una brecha ya que pueden ser intervenciones basadas en evidencia médica pero poco factible para su implementación.
- Otra brecha identificada es que mientras el área financiera tiene costeados las intervenciones claves por ciclo de vida en base a producción, el personal responsable de elaborar normas, actualizarlas desconocen los costos de las intervenciones que ellos proponen en las mismas. lo cual constituye una brecha ya que pueden ser intervenciones basadas en evidencia médica pero poco factible para su implementación.
- Lo anterior se evidencia con la elaboración de los Planes Operativos Anuales, donde cada programa ha incorporado sus prioridades, sus insumos, pero solo se registran los insumos, las metas, no los costos.
- Se identifican brechas entre lo normado para incorporar en procesos de atención del primer y segundo nivel de atención y los formularios electrónicos de catalogo de insumos del Plan Operativo Anual; programas prioritarios y que son monitoreados por SEGEPLAN por el logro de resultados (salud reproductiva para reducir mortalidad materna y neonatal, desnutrición, inmunizaciones, ITS-VIH/SIDA), ya que en este último no incluyen al neonato ni insumos para su atención, vitamina K, antibiótico para profilaxis oftálmica.
- Otro hallazgo es que no se contemplan insumos jeringas, algodón, gluconato de clorhexidina o alcohol para administrar el inyectable mensual y/o trimestral, no se contemplan insumos para la inserción de TCU, o bien de implante subdérmico.

- Para los programas de monitoreo del crecimiento, no se contemplan balanzas, infantómetros para menores de 1 año y tallímetros para los mayores de 2 años.

2. Análisis de las disposiciones legales vigentes con las cuales de manera directa e indirecta se orientan las decisiones de política pública en salud y cómo influyen los escenarios formales así como también los canales no formales en la implementación y desarrollo de las políticas públicas para la salud

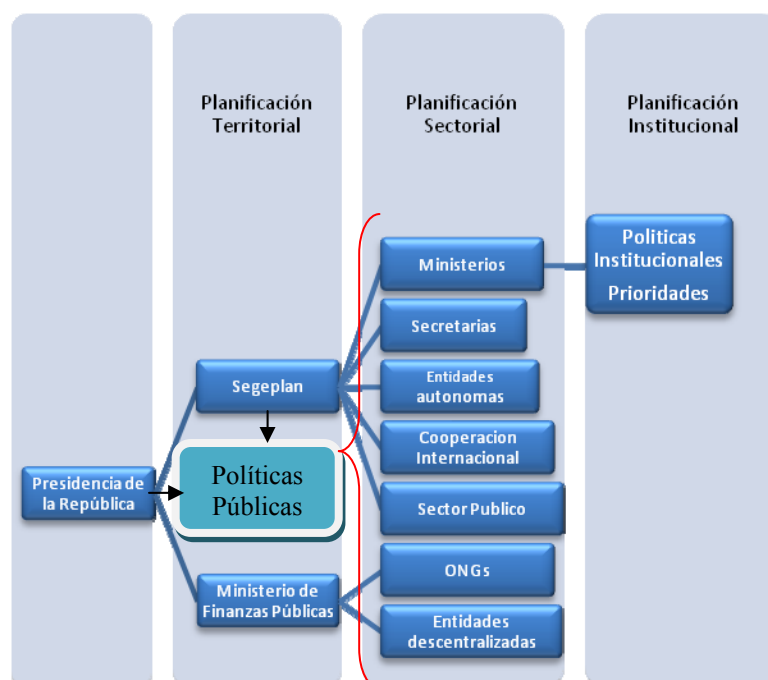
En el análisis de las disposiciones legales vigentes con las cuales de manera indirecta se orientan las decisiones de política pública en salud, se identifican dos instituciones que en respuesta a las necesidades sentidas de la población en el tema sanitario proponen, elaboran y monitorean la implementación de políticas públicas. La primera, corresponde a Segeplan, que coadyuva en la formulación de la política general de desarrollo nacional, evalúa su ejecución y efectos. A su vez, tiene entre sus mandatos, orientar y coordinar los procesos de políticas públicas sectoriales³ y facilitar el desarrollo nacional, a través del proceso descentralizado de planificación y programación de la inversión pública. La segunda institución es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social.

El Sistema Nacional de Planificación (SNP) coordinado por Segeplan, cuenta con dos componentes básicos:

- *Planificación sectorial basada en políticas públicas*
Entendida como un instrumento de planificación orientado al logro de resultados que desarrolla un marco estratégico definido a partir de las políticas públicas, las leyes vinculadas al sector, y los planes estratégicos nacionales e institucionales ya existentes y aprobados; para hacerlos operativos a mediano plazo.
- *Planificación territorial emanada del Sistema de Consejos de Desarrollo:*
Metodologías participativas, en los consejos de desarrollo, con el ordenamiento territorial como eje e instrumento orientador y articulador de las políticas públicas y su expresión presupuestaria a través de la inversión pública

El SNP opera bajo la rectoría de Segeplan, en línea directa desde la Presidencia de la República, conformando una alianza estratégica con el Ministerio de Finanzas Públicas, ejerciendo un liderazgo conjunto ante las instituciones públicas, en este caso el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de sus unidades de planificación y/o financieras. (Ver ilustración)

³ Guía de planificación para la administración pública, edición 2011; desarrollada por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), para apoyar la “Gestión orientada a resultados” con lo cual se mejora la toma de decisiones en cuanto a las estrategias de vinculación de la planificación y la programación del desarrollo nacional y los procesos presupuestarios anuales y multianuales.



Este análisis permite conocer los mandatos que de forma directa son responsabilidad de Segeplan o bien aquellos otros en los cuales comparte responsabilidad con otras instituciones para su implementación y cumplimiento.

Este accionar se respalda en un marco legal y jurídico, en convenios y tratados internacionales, en reglamentos y normas como son orientaciones estratégicas de políticas y políticas públicas relacionadas con las instituciones.

Instrumentos jurídicos a considerar, entre otros:

- Constitución Política de la República de Guatemala⁴
- Ley de Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente, Decreto 68-86 y 75-91
- Ley de Áreas Protegidas, Decreto 04-89
- Ley Forestal, Decreto 101-96
- Ley de Atención a Personas con Discapacidad, Decreto 135-96
- Ley Orgánica del Presupuesto, Decreto 101-97
- Ley del Ejecutivo, Decreto 114-97 y 90-2000
- Código de Salud
- Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001
- Ley de los Consejos de Desarrollo, Decreto 11-2002
- Código Municipal, Decreto 12-2002
- Ley de Descentralización, Decreto 14-2002
- Ley Orgánica de la Contraloría General de Cuentas, Decreto 31-2002
- Ley de Idiomas Nacionales, Decreto 19-2003
- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto 27-2003

⁴ Constitución Política de Guatemala afirma que el goce de la salud es un derecho del ser humano, sin discriminación alguna. De esta manera, el Estado se asume como el responsable de velar por la salud de todos los habitantes, a través de sus instituciones, con acciones de coordinación, prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. El Código de Salud señala al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como la institución estatal responsable de desarrollar las acciones de salud a nivel nacional, ejerciendo su rectoría sobre el sector salud.

- p. Ley Marco de los Acuerdos de Paz, Decreto 52-2005
- q. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, Decreto 97-96
- r. Ley de dignificación y promoción integral de la mujer, Decreto 7-99
- s. Ley de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres, Decreto 109-96
- t. Otras leyes o normas jurídicas relacionadas con el ámbito de su competencia.

Se deben considerar los siguientes instrumentos jurídicos (tratados internacionales (convenios, convenciones, cartas, estatutos, compromisos, concordatos y/o protocolos):

- a. Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- b. Convenios: 87, 98, 103, 111 y 169 de la OIT entre otros.
- c. Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, 2006.
- d. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW.
- e. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial
- f. Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático
- g. Marco de Acción de Hyogo, 2005-2015
- h. Protocolo de Montreal relativo a sustancias agotadoras de la capa de ozono
- i. Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los
- j. Desechos Peligrosos y su eliminación
- k. Convención de Lucha contra la Desertificación y la Sequía
- l. Convenio de las Naciones Unidas sobre Diversidad Biológica
- m. Tratado de Libre Comercio entre Centro América, los Estados Unidos y la República Dominicana (TLC CAFTA – DR, Capítulo 17)
- n. El Código de Salud establece también que el Nivel Central del MSPAS tiene la responsabilidad de la *Formulación y evaluación de políticas, estrategias, planes y programas de los servicios de salud*. Por su lado, el Nivel Ejecutor *será responsable de la prestación de servicios de salud, sobre la base de niveles de atención*.

Entre los reglamentos que avalan el proceso de planificación deben observarse, los siguientes:

- a. Reglamento de la Ley Orgánica del Presupuesto, Acuerdo Gubernativo 240-1998
- b. Reglamento de la Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Acuerdo Gubernativo 461-2002
- c. Reglamento de la Ley de la Contraloría General de Cuentas, Acuerdo Gubernativo 318-2003
- d. Reglamento de la Ley de Servicio Civil, Acuerdo Gubernativo 18-98

Con esta información se puede establecer que Guatemala cuenta con un adecuado marco legal y jurídico que respalda la operativización de las políticas públicas. Estas surgen generalmente del análisis de las políticas del Plan de Gobierno y sus indicadores de logro; las prioridades identificadas en el Gabinete de Gobierno; cumplimiento de compromisos

como los objetivos de desarrollo del milenio; la evaluación de la política general de gobierno; entre otros.

Como mínimo, en el análisis deben considerarse las siguientes políticas públicas:

- a. Prioridades y orientaciones estratégicas de política definidas por el Gobierno de la República a través de su Política General de Gobierno (Plan de Gobierno)
- b. Los Acuerdos de Paz
- c. Política Pública para la convivencia y la eliminación del racismo y la discriminación racial
- d. Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres y Plan de Equidad de Oportunidades 2008-2023
- e. Política de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia
- f. Política Nacional de Juventud
- g. Política Nacional de Discapacidad
- h. Política de Desarrollo Urbano Rural Integral
- i. Política Nacional de Cambio Climático
- j. Política Nacional y Estrategia Nacional de Gestión de Recursos Hídricos
- k. Política de Manejo de Desechos Sólidos y Líquidos
- l. Otras políticas relacionadas con el sector/institución.

Para su seguimiento y monitoreo tanto de las políticas públicas territoriales, las del sector y/o institucionales, Segeplan en coordinación con el Ministerio de Finanzas, han incorporado en los mecanismos de planificación anual, un catalogo de servicios que le permite conocer como el aporte de las intervenciones que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza logran llegar a la población objetivo en el temas específicos de salud.

Durante el último año se ha iniciado un proceso de cambio en la forma de planificar y monitorear el cumplimiento de metas de los Planes operativos anuales del Ministerio de Salud, se incorporan costos unitarios que le permiten vincular, planes, presupuestos y como ambos se orientan al logro de metas y resultados. Los principales cambios se han realizado en el formulario de “catalogo de bienes y servicios”, que al ser utilizado permitirá conocer el costeo de servicios, si la producción alcanzada es costo/efectiva, si tiene beneficio para la población objetivo, y sobre todo conocer el impacto en 5 resultados claves definidos en forma conjunta por el Ministerio de Salud y Segeplan (reducción de muerte materna, mortalidad infantil, incremento cobertura de vacunación, reducción de desnutrición, y VIH-SIDA. Estos resultados permiten monitorear integralmente el cumplimiento de políticas, compromisos internacionales, prioridades de salud.

El cumplimiento de estos procedimientos formales o reglas del juego han permitido elaborar políticas públicas e institucionales dentro de un marco legal y jurídico que las respalda, que permite a través de su implementación dar cumplimiento a los convenios internacionales, acuerdos y reglamentos internos. A lo interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se incorporan dentro de estos procesos formales, informes de la situación de salud local, priorizando, focalizando personas, poblaciones, territorios, grupos etareos, etnias, desagregadas por género. Además se toman en consideración la necesidad

de dar respuesta a las demandas de acceso a servicios de salud culturalmente adecuadas, planteadas por la población más pobre, rural e indígena del país.

Otros procedimientos no formales que influyen en la elaboración de las políticas contenidas en el Plan de Salud 2008-2012 del Ministerio de Salud, son el cumplimiento del pacto colectivo entre trabajadores de salud y el Gobierno. La presión de grupos de población vulnerable y en riesgo organizados. La necesidad de coordinar con agencias de cooperación internacional, organismos no gubernamentales, sociedad civil, escuelas formadoras del país. De esa forma se tienen las siguientes políticas:

1. Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, para fortalecer el Estado de Guatemala
 - Propiciar la coordinación intra e interinstitucional y multisectorial para ser más eficiente y eficaz en las acciones en salud.
 - Garantizar la gestión territorial de la salud, el presupuesto por resultados, el desempeño institucional y la mejorar de la calidad, fomentando la descentralización y desconcentración financiera y administrativa del nivel central al nivel ejecutor.
 - Fomentar la transparencia institucional, a través de implementación de mecanismos de rendición de cuentas y auditoría social.
 - Generar capacidades locales para el ejercicio de la rectoría.
 - Integrar las políticas transversales del Estado de Guatemala con las del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
2. Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados
 - Implementar un modelo de atención y gestión integral, que garantice la continuidad de la atención, equitativa, descentralizada, con pertinencia cultural y enfoque de género.
 - Implementar y desarrollar la gestión de los servicios de salud, orientados a garantizar su calidad.
 - Fortalecer acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
 - Implementar un sistema de referencia y contra-referencia, efectivo para mejorar la coordinación intra e interinstitucional.
 - Fortalecer la infraestructura, equipamiento, dotación de insumos y sistemas de información para la red de establecimientos públicos de salud.
 - Fortalecer la vigilancia de la salud, promoviendo el desarrollo de las estructuras actuales.
3. Promover y fortalecer acciones que garanticen la accesibilidad a medicamentos. Reconocimiento al uso y práctica de la medicina alternativa y tradicional
 - Promover y aplicar el marco normativo para la utilización de medicina genérica para garantizar el acceso.
 - Promover y normar la utilización de fitoterapia y garantizar su uso.
 - Fomentar el desarrollo de la medicina alternativa y tradicional, así como su institucionalización.

- Apoyar la implementación de consultorios y farmacias municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales, abastecidos por el Programa de Accesibilidad de Medicamentos –PROAM-.
4. Promover la investigación y desarrollo tecnológico en salud
 - Identificar áreas de investigación
 - Incorporar la tecnología en el sistema de salud
 - Establecer alianzas estratégicas con organizaciones que realizan y financian investigación
 - Promover el análisis y uso de los resultados de la investigación
 - Promover la creación de inteligencia en salud
 - Promover que las investigaciones sean multidisciplinarias e intersectoriales.
 5. Fortalecimiento de la investigación, desarrollo y administración de la fuerza laboral en salud.
 - Formar y capacitar al personal en el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gestión pública y la administración financiera.
 - Fortalecer las alianzas entre el Ministerio de Salud y las Instituciones de formación de personal en salud.
 - Crear y fortalecer las unidades de investigación y desarrollo del potencial humano del personal en salud.
 - Desconcentrar y descentralizar la gestión y procesos de administración del personal en salud
 - Cumplir con el proceso de reclasificación de puestos y salarios del personal en salud.
 - Impulsar el proceso institucional de gestión del potencial humano del personal en salud.
 6. Desarrollo de la atención primaria ambiental por medio de la regulación, vigilancia y control de la aplicación de la normativa vigente en materia de agua potable, saneamiento e higiene, para mejorar la calidad de vida de la población.
 - Realizar las intervenciones preventivas, de asistencia técnica y de control, con el sector privado, las autoridades municipales y comunitarias, en materia de agua potable y saneamiento.
 - Propiciar la coordinación entre los actores del subsector agua potable, saneamiento e higiene.
 - Formar y capacitar al personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en salud ambiental.
 - Implementar el Plan Nacional de los Servicios Públicos de Agua Potable y Saneamiento para el desarrollo humano aprobado por el Gobierno de la República.
 - Suscribir convenios con la comunidad organizada, ONG y las municipalidades responsables del cumplimiento de normativas de agua potable y saneamiento ambiental.
 7. Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social.
 - Mejorar la infraestructura sanitaria del país, focalizada en el incremento de la demanda de los programas de solidaridad social.

- Mejorar la capacidad institucional y sectorial para atender las nuevas demandas de la población
 - Garantizar la sostenibilidad de las acciones de salud, contenidas en los programas solidarios con equidad social.
8. Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.
- Desarrollar e implementar un plan de inversiones con enfoque sectorial y multianual
 - Garantizar la gestión y abogacía para mas inversión en el sector salud
 - Asegurar e incrementar el financiamiento para el sistema de salud y mejorar la asignación presupuestaria del MSPAS en el presupuesto general de ingresos y gastos de la nación.
 - Garantizar la utilización del Plan Operativo Anual, como herramienta de gestión y de control de la calidad de gasto.
 - Incidir en los Consejos de Desarrollo para la coordinación de la inversión en salud.
9. Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales.
- Establecer una coordinación eficaz entre los cooperantes y el MSPAS, para fortalecer la autoridad sanitaria nacional y optimizar el uso de los recursos.
 - Conducir la cooperación en salud, orientando sus actividades y financiamiento al desarrollo de un enfoque sectorial y a las políticas y lineamientos estratégicos del MSPAS.
 - Garantizar la armonización de la cooperación con las políticas, normas, procedimientos y prácticas institucionales.

La implementación y desarrollo de políticas públicas se operativiza en los canales formales a través de la priorización de estrategias como son:

- Fortalecimiento institucional (políticas 2,3,7)
 - Se orienta a propiciar la gestión de calidad en los servicios de salud:
 - Infraestructura
 - Gestión de la fuerza laboral en salud
 - Adquisición de equipo, vehículos, ambulancias
 - Garantía de medicamentos e insumos
- Fortalecimiento de la rectoría (política 1)
 - Propicia la coordinación interinstitucional e intersectorial, para ser más eficiente y eficaz en las acciones de salud
 - Garantizar la gestión territorial, fomentando la descentralización y desconcentración financiera y administrativa del nivel central
 - Fomentar la transparencia institucional, a través de mecanismos de rendición de cuentas y auditoria social
 - General capacidades locales para el ejercicio de la rectoría
 - Integrar las políticas transversales del Estado con las del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
- Sistema de información (políticas 1,4,8)
 - Desarrollar un sistema de información que sea veraz, oportuno y unificado

- Incorporación de tecnología
- Tipos de información:
 - Situación de salud
 - Producción de servicios
 - Ejecución de presupuesto
 - Recurso humano
 - Infraestructura
- Sistema de información, como una herramienta para la inteligencia en salud, eje central para la acción:
 - Planificación estratégica: proyecciones y políticas
 - Planificación operativa: diseño de normas y programación de recursos
 - Seguimiento y evaluación
- Extensión de cobertura de la red de servicios (política 7)
- Estrategia de reducción de la mortalidad materna y neonatal (política 2,7,9)
- Estrategia de reducción de la desnutrición crónica (política 7,9)
- Propiciar un incremento progresivo del porcentaje del PIB destinado a las acciones de salud (política8)

Al realizar el análisis del marco de políticas permite establecer de alguno modo la coherencia desde el nivel superior (política general), nivel intermedio (política multisectorial o transversal) así como el nivel específico de análisis de políticas institucionales impulsadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Indudablemente que la implementación de estas políticas públicas y desarrollo de estrategias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- se ve limitada por las asignaciones presupuestarias, las cuales no llenan a cabalidad las expectativas de las autoridades ministeriales, ni de los proveedores de salud quienes están en contacto diario con la población. Esta situación afecta a su vez los tiempos en el cumplimiento de las metas, que aunque se ven mejoras en indicadores estos no ocurren en las fechas plazo.

B. La estructura institucional y programática

1. Identificar y analizar los procesos formales de coordinación entre el Ministerio de Salud y los órganos legislativos para la generación o cambios de políticas en salud. Incluir la estructura del Ministerio de Salud, jerarquías, divisiones y mecanismos de comunicación.

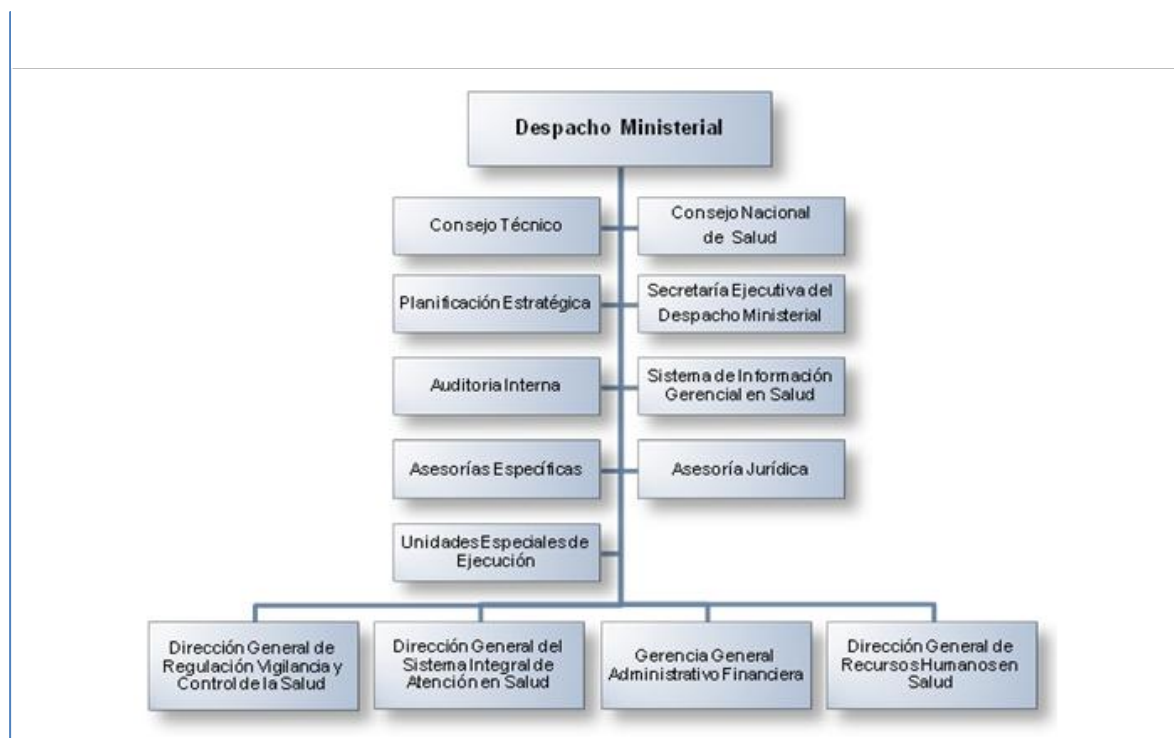
Los procesos formales de coordinación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el órgano legislativo para la generación o cambios en políticas en salud, aunque están descritos no se realizan de forma rutinaria; cuando han surgido propuestas de ley o cambios a leyes, han surgido de procesos no formales impulsados por grupos organizados en torno a la

necesidad de dar respuesta a una demanda de atención, así tenemos las acciones impulsadas por la Coordinadora Nacional de organismos de lucha contra el VIH/SIDA, cooperación internacional, ONGs de salud. Otro caso es la política nacional de población, y la ley de planificación familiar. Una vez creado el espacio e inicio del cabildeo a lo interno de la Comisión de Salud del Congreso de la República, se involucra el Ministerio de Salud.

El procedimiento descrito tiene varias fases que van desde, a) la formulación de la propuesta: diagnóstico situacional, análisis de la naturaleza del problema, análisis institucional y del sector, población objetivo que se beneficia de la implementación de la ley, debe incluir datos de la dinámica poblacional. Como se relaciona con compromisos internacionales, se respalda en leyes nacionales, además de cómo esta propuesta de ley se constituye en un instrumento que operativiza, respalda las acciones del plan de gobierno, b) Presentación de la propuesta al despacho ministerial para su revisión y aprobación, c) revisión por asesoría técnica, asesoría jurídica, d) revisión por secretaría ejecutiva que da su aval para que se elabore un dictamen por parte del despacho ministerial, e) firma y aprobación por el despacho ministerial, f) envío de oficio a la comisión de salud del congreso para su análisis g) coordinación con grupos organizados vinculados de alguna manera con la iniciativa, ONGs, cooperación internacional, derechos humanos, iglesias, para socializar y sensibilizar con la iniciativa, h) si existe interés, coyuntura política pasa a revisión de la comisión de salud, i) si se aprueba se solicita al pleno su revisión, para su aprobación, j) se aprueba en su tercera lectura, luego de incorporar cambios y modificaciones al documento k) se envía al Diario de Centro América para su publicación, l) una vez publicado se considera oficial la ley.

La reciente ley de maternidad saludable fue impulsada por grupos organizados de mujeres, ONGs, iglesias, universidades, si se coordino con el Ministerio de Salud, fue a través de sus programas y no de manera oficial convocando al Sr. Ministro de Salud para que el participe o delegue su participación oficialmente en estos eventos. Cuando fue solicitada su participación fue para ratificar la ley.

Ilustración 3: Organigrama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Incluir la estructura del Ministerio de Salud, jerarquías, divisiones y mecanismos de comunicación

- Los procesos formales de comunicación a lo interno del Ministerio de Salud comprenden:
- Para presentación de propuestas técnicas, la parte interesada se comunica con su jefe inmediato superior, verbalmente primero y luego en forma escrita para dejar constancia y crear expediente respectivo.
- En caso de un Programa de regulación Salud Reproductiva por ejemplo, envía su propuesta por escrito a la Jefatura del Departamento de Regulación de Atención a las Personas,
- quien a su vez envía copia al Director de la Dirección General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud.
- Una vez en la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control envía un oficio dirigido al Vice Ministro Técnico y copia al consejo técnico para su revisión y análisis,
- si este es de interés se incluye en la agenda e invitan al interesado para que realice una presentación de su propuesta.
- Si es de interés, se inicia el proceso de revisión y aprobación técnica por el consejo técnico,
- luego pasa a asesoría jurídica para su revisión y análisis respectivo, si se aprueba
- pasa a Secretaría Ejecutiva para su revisión y análisis, dictaminar si procede o no su aprobación y firma en el despacho.

- Si se trata de un asunto prioritario y de interés se realiza una comunicación no formal, que implica no respetar jerarquías y los canales oficiales de comunicación.
- Se realiza una comunicación directa con el Vice Ministro técnico quien solicita se presente el caso en reunión de consejo técnico para conocer del caso.
- Luego si es de interés , se inicia el proceso de revisión y aprobación técnica por el consejo técnico,
- luego pasa a asesoría jurídica para su revisión y análisis respectivo, si se aprueba
- pasa a Secretaría Ejecutiva para su revisión y análisis, dictaminar si procede o no su aprobación y firma en el despacho.

2. A nivel de gestores en salud, revisar la efectiva aplicabilidad y monitoreo de las normas y protocolos en salud; así como en relación a la actividad de vigilancia y supervisión en salud

Varias son las iniciativas impulsadas en Guatemala en los últimos años para asegurar la efectiva aplicabilidad de las normas y protocolos en salud, la mayoría de las veces impulsada por proyectos de cooperación en salud, los mismos han sido efectivos, pero no sostenibles debido a que una vez retirado el apoyo económico se pierden las intervenciones. Sin embargo el Departamento de Regulación de atención a las personas en coordinación con la Dirección General del SIAS, a través del Departamento de Capacitación de la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, iniciaron en el año 2004 la elaboración de Normas de Atención para el primer y segundo nivel de atención, y la capacitación en el contenido de los mismos. Para ello se formaron capacitadores de capacitadores para replicas en todos los servicios del país. Se inicio la reproducción de fichas clínicas por ciclo de vida para ayudar con su llenado a dar cumplimiento a la norma de atención. Este esfuerzo fue monitoreado y evaluado al momento de su implementación y 6 meses después, indicando cambios en los conocimientos del recurso humano. A pesar de ser una buena iniciativa, la alta rotación de recurso humano hace necesario contar con sistemas de capacitación en servicio en forma permanente.

Nuevamente a inicios del 2011 se inicia una segunda etapa de capacitación en la nueva edición de las normas de atención para primer y segundo nivel de atención. En esta oportunidad con la limitante de disponibilidad de fondos para las replicas en servicio, por esta razón se han priorizado áreas de salud que cuentan con fondos de agencias de cooperación.

A parte de este esfuerzo en capacitación en contenido de las normas de atención, salvo el programa nacional de inmunizaciones cuenta con un efectivo programa de monitoreo del cumplimiento de la norma, realiza control periódico de coberturas y evaluaciones anuales de la producción y cumplimiento de normas, realiza vigilancia de “efectos adversos a la administración del biológico”, identificación de susceptibles y mini concentraciones, jornadas de salud para

lograr coberturas de vacunación. Otros programas que vigilan el cumplimiento de las normas de atención son el programa de tuberculosis, que vigila el tratamiento acortado supervisado, el programa seguridad alimentaria y nutricional que a través del monitoreo del crecimiento espera dar cobertura a todos los menores de 2 años. Aparte de estos programas ningún otro realiza monitoreo y validación del contenido de las normas, su factibilidad de implementación y cumplimiento.

Es más, solo el programa nacional de inmunizaciones, el programa nacional de tuberculosis, tienen el costo unitario de las intervenciones contenidas en las normas de atención. Los otros programas no han monitoreado si sus normas son viables y factibles de implementar y cumplir a nivel de servicios de salud.

3. A nivel de proveedores, revisar la existencia y la real funcionabilidad de sistemas de acreditación y certificación de proveedores de servicios de salud y la efectiva aplicabilidad de protocolos en salud.

Al igual que con las normas de atención se han realizado varias experiencias de sistemas de acreditación y certificación de proveedores de servicios de salud y la efectiva aplicabilidad de protocolos de salud tanto apoyados por proyectos de cooperación como del propio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los que permanecen vigentes para apoyar intervenciones en el tema de salud materno infantil son PROCONe, en 7 áreas del altiplano de Guatemala, en los cuales a través de una serie de indicadores monitorean el cumplimiento de las normas de atención y mejora de calidad del servicio, al cumplir ciertos criterios los servicios de salud pueden ser certificados. Otra intervención es la mejoría del desempeño para la prestación de servicios, que es una estrategia que trabaja inteligencia emocional en un inicio, luego motiva el cambio de actitud y con acompañamiento propone mejoras en la atención y en los servicios de salud, se trabaja con tema de VIH. El departamento de formación de la Dirección General de Recursos Humanos, hace dos años impulso un curso para nivelación, acreditación de auxiliares de enfermería formadas por escuelas privadas no autorizadas por el Ministerio de Salud Pública, y luego de pruebas teóricas, prácticas y observación directa del desempeño certificó a las mismas, requisito para poder ser incorporadas a la red servicios de salud del Gobierno. Otras iniciativas son el autoanálisis de la calidad del parto y el recién nacido para mejora del desempeño y reducción de brechas para la maternidad segura.

A nivel de la iniciativa privada, como parte del Turismo médico hace 2 años se inicio un plan de formar médicos de 5 clínicas privadas y 5 hospitales apoyados por la AGEXPRONT para que estos impulsaran a lo interno de los servicios cambios en procedimientos para que sus establecimientos sean certificados ISO.

- Aunque a nivel de la Dirección General del SIAS existe una unidad de supervisión y monitoreo, la misma no es funcional debido a que no tiene claras sus funciones, su nivel de intervención, ni instrumentos para realizar una adecuada supervisión.

Responde más a situaciones de urgencia, que a impulsar cambios y mejoras en la prestación de servicios de salud.

- **PROVEER RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL Y PROGRAMÁTICA Y EN ESTE MARCO IDENTIFICAR PROPUESTAS ALTERNATIVAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE GESTIÓN DEL MINSA COMO ENTIDAD RECTORA DEL SECTOR SALUD**

- A este respecto se tienen propuestas de tipo técnico, administrativo y político:
- En el ámbito técnico debe trabajarse un plan de seguimiento a la iniciativa de la agenda nacional de salud, o trabajar un plan nacional de salud a mediano y largo plazo, que defina quienes somos, a donde queremos llegar, en cuanto tiempo. Estableciendo estrategias y actividades a seguir, metas y resultados a alcanzar con plazos que permitan su monitoreo periódico, análisis y evaluación, para reorientar las intervenciones de manera de lograr las metas programadas.
- Reorientar las acciones de salud de manera de impulsar programas de educación en salud para evitar la exposición a riesgos, que promuevan cambios de comportamiento y fomenten estilos de vida saludables. Que logren en cada persona el compromiso del auto cuidado de la salud. Es decir fomentar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con intervenciones con mensajes concretos, claros y fáciles de aprender, más que la recuperación de la salud. La educación en salud para la disminución de exposición a riesgos, la promoción de higiene en hogar, las buenas prácticas de alimentación, el cuidado del medio, y medidas preventivas como monitoreo del crecimiento, vacunación, suplementación de micronutrientes, cuidado de la embarazada, planificación familiar, programas de saneamiento del medio, logran prevenir infecciones, y también enfermedades crónicas y degenerativas. No debe trabajarse programas educativos verticalizados, la educación en salud es única. Promover la implementación de programas educativos por educadores más que por personal de salud propiamente.
- Enseñar el cómo se hace, en lugar de decir que debe hacerse.
- Fomentar el análisis de la situación de salud periódicamente
- Establecer la cartera de servicios por nivel de atención, la capacidad resolutive de cada servicio y el perfil del recurso humano para idóneo para este servicio
- Las intervenciones contenidas en las normas de atención tienen costos unitarios para hacer factible y viable su implementación.
- Capacitar en el contenido del marco legal y jurídico en salud de manera que las autoridades locales en salud puedan apoyar la vigilancia de la salud de la población, cuidado del medio ambiente, haciendo efectiva el cumplimiento de la ley y de su papel rector.

- Socializar con las organizaciones del sector salud local, su plan de salud a realizar en el territorio, las metas a alcanzar, asignando sectores, territorios e intervenciones a cada actor local, y monitoreando mensualmente el cumplimiento de logros durante el periodo, e implementando planes de mejora que permitan el logro de metas y resultados.
- En el ámbito administrativo más que promover nuevos conocimientos y uso de la tecnología de punta, fomentar procesos para mejorar la organización y funciones de los servicios de salud.
- Elaboración de manual de organización y funciones de cada unidad de servicios, donde todo el personal del servicio participa
- Manual de organización y funciones socializado y conocido por cada integrante del personal
- La evaluación del desempeño se realiza no solo para evaluar el conocimiento de la norma, se realiza para evaluar el cumplimiento de las funciones descritas en el manual que el equipo definió.
- Personal nuevo recibe inducción con el manual de funciones
- Evaluaciones periódicas del cumplimiento de las funciones
- Programación de actividades anuales se realiza en base al análisis del contexto actual y futuro, más que histórico,
- La desconcentración y si es posible descentralización de intervenciones
- Elaboración de normas, protocolos de atención y manuales de funcionamiento en apoyo a la desconcentración y descentralización de intervenciones
- Sistema de monitoreo y supervisión oportuno, efectivo desde el nivel municipal, departamental y central
- Sistema de información confiable, oportuno, funcional
- Fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa de las persona con cargos directivos, de manera de que puedan dirigir las acciones de salud locales
- En el ámbito político, lograr la aprobación del nuevo reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que contiene una nueva propuesta de la estructura orgánica del MSPAS. (ver ilustraciones)

1.1 Ley de los pueblos indígenas.

1.2 ACUERDO MINISTERIAL No. 8-2010.

- 1.3 En relación al código de salud donde se establece que el MSPAS debe definir un modelo de atención integral que promueva la participación de instituciones sectoriales y comunidad organizada, priorizando acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, garantizando dicha atención de los distintos niveles de atención tomando en cuenta el contexto nación, multiétnicos, pluricultural y multilingüe.

- 1.4 Conjuntamente con el acuerdo ministerial 1632-2009, por medio del cual se creó la unidad de Atención de los Pueblos Indígenas e interculturalidad, de los pueblos Mayas, Garífunas y Xincas.
- 1.5 Se formó el “Reglamento Interno de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e interculturalidad en Guatemala”
- 1.6 Se transformó en un ente asesor del despacho ministerial en políticas de salud de los pueblos indígenas, siendo el responsable de trasladar directrices, lineamientos y recomendaciones a todas las dependencias del ministerio, relacionadas desde la cosmovisión de los pueblos indígenas.
- 1.7 La organización de dicha unidad será con personal de alguno de los pueblos indígenas y que pueda hablar más de un idioma, la cual estará representada en el nivel central, de área y distrital, con reuniones periódicas o en caso de reuniones extraordinarias.
- 1.8 Las decisiones que emanen de esta unidad, tendrán carácter obligatorio para todas las estructuras del ministerio, con el aval respectivo del mismo ministerio de salud.
- 1.9 La operativización de las líneas específicas para esa unidad será las siguientes: para el establecimiento del modelo de atención en salud desde la Cosmovisión de los Pueblos Mayas, el ministerio desarrollará a través de la unidad un proceso de consulta y consenso a la asamblea y al consejo de salud de los Pueblos Indígenas. Lo anterior implica que, todas las iniciativas vinculadas al fortalecimiento de este modelo de atención, deberán canalizarse a través de la Unidad a la asamblea y consejo de los Pueblos Indígenas.
- 1.10 Para el desarrollo e implementación de normativas e investigación, sobre el modelo de atención de salud, desde la cosmovisión maya, la unidad asesorará a la dirección de regulación, a través del departamento de regulación de los programas de atención a las personas, a la dirección del sistema de salud-SIAS- a la coordinación de hospitales del tercer vice ministerio; y a la unidad nacional de investigación en salud, para su viabilidad e implementación política y técnica.
- 1.11 Con el objeto de implementar el modelo de atención en salud de los pueblos indígenas en todas las estructuras del ministerio, la unidad diseñará las metodologías que permitan fomentar la inclusión de dicho modelo, con el fin que los servicios de salud sean pertinentes a la cultura de los pueblos indígenas.
- 1.12 Sus funciones serán entre otras la formulación de políticas, marcos legales, planes y proyectos en salud indígena, se efectuará entre estos con el visto bueno del despacho ministerial, como producto del consenso de la asamblea y el consejo de salud de los pueblos indígenas.
- 1.13 La armonización, la articulación, desarrollo y complementación de los sistemas occidentales de salud y los sistemas de salud indígena, se llevará a cabo a través del intercambio de conocimiento y prácticas.

La promoción de la adecuación de los actuales servicios de salud con pertinencia cultural y derechos específicos de las mujeres indígenas, se llevará a

cabo a través de adecuaciones en la infraestructura, fortalecimiento del personal institucional, sistemas de información y prestación de servicios, de acuerdo a la lógica vida, cultura y cosmovisión de los pueblos indígenas, estas acciones deberán ser canalizadas a través de la dirección de esta unidad.

Esquema de brechas en forma general de la salud

Procesos Legislativos.		Proceso conflicto	Brecha	Cierre de Brecha
Código de salud	Ley del reglamento interno del MSPAS	Ley orgánica del presupuesto de la nación	La propuesta de dependencias no contempladas en ley orgánica del presupuesto: Dirección General del SIAS, en sustitución de la Dirección General de Servicios de Salud, propone una clasificación de puestos no contemplados en el reglamento de la ley de servicio civil.	Creación en el presupuesto de la nación una nueva ley que contemple este proceso, con claridad y modelos de operativización de la misma. Ya en proceso el nuevo REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE (pendiente que la procuraduría de derechos humanos de Guatemala)
el Reglamento orgánico interno	el modelo de atención integral en salud (MAIS),	Nomenclatura de los servicios	Propone una nueva nomenclatura para los servicios de salud (Centros de Atención Permanente, Centros de Atención Integral Materno Infantil, Centros de Urgencias Médicas, Policlínicos, etc.), y una readecuación de los servicios que comprenden los niveles de atención: centros comunitarios, puestos de salud y	Falta una coordinación para la nueva creación de dichos servicios y enmarcarlos en las leyes ya actualizadas y mejorar el proceso de la identificación clara y concreta de nomenclatura de los servicios de salud

			centros de salud en el primer nivel de atención, CAP, CAIMI, CUM, Hospitales tipo 1, en el segundo nivel de atención.	
el Reglamento orgánico interno	el modelo de atención integral en salud (MAIS),	Capacidad de resolución de los servicios	Propone una nueva nomenclatura para los servicios de salud (Centros de Atención Permanente, Centros de Atención Integral Materno Infantil, Centros de Urgencias Médicas, Policlínicos, etc.), y una readecuación de los servicios que comprenden los niveles de atención: centros comunitarios, puestos de salud y centros de salud en el primer nivel de atención, CAP, CAIMI, CUM, Hospitales tipo 1, en el segundo nivel de atención.	Falta de recursos en todo sentido, proponer en ley en el presupuesto de la nación para que no solo el nombre, sino todos los recursos que es este caso lleva la nueva nomenclatura de cada servicio de salud, debe apoyarse en procesos de ley, como el REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE
la Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32-2010),	Operativización de la misma	Operativizar en los servicios de salud de los tres niveles de atención	No en todas las comunidades hay cobertura de servicios accesibles geográfica y culturalmente. El proceso de hacer accesibles estos servicios implica tiempo, inversión en infraestructura, equipamiento, dotación de recurso humano capacitado.	La capacitación continua ya es un hecho, lo crea conflicto es la rotación excesiva del personal de salud, por falta de incentivo de seguridad salarial en la mayoría de las entidades de salud, aumentar el per cápita para asegurar este derecho laboral, haría mayor estabilidad laboral. Además el proceso de hacer accesibles

				<p>estos servicios implica tiempo, inversión en infraestructura, equipamiento, dotación de recurso humano capacitado. Esto también está contemplado en el REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE. Falta su aplicabilidad al darse por iniciada esta nueva ley.</p>
Ley de la maternidad saludable	Ley de pueblos indígenas	<p>Proveedor calificado proveedor no calificado (comadrona)</p>	<p>Profesional de salud con destrezas y habilidades médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que ha recibido capacitación certificada y es competente para la atención del embarazo, parto y postparto, así como sus complicaciones</p>	<p>La ley de maternidad saludable contempla proveedor, calificado, la Unidad de pueblos indígenas hablo sobre la abuela comadrona que puede aplicar la medicina tradicional y verse como capacitada. El pago a las comadronas. (NO estipendios) tradicionales o empíricas, sería un incentivo (pago por atención por usuaria) para que acudan a los servicios de salud, como apoyo directo a</p>

				<p>las usuarias. También el nuevo REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE, contempla la participación de la comadrona técnica, que es la que está apoyando ya a los Equipos Básicos de Salud en el Programa de Extensión de Cobertura.</p>
<p>Atención obligatoria durante el parto</p>	<p>Proveedor calificado, menos del 10% la atención</p>	<p>Parto institucional menos del 40% en los servicios de salud</p>	<p>El artículo 6 de la presente Ley, están obligadas a coordinar las acciones de los tres niveles de atención, con el fin de garantizar la atención calificada del parto, bajo las siguientes condiciones: a) atención obstétrica de acuerdo con los estándares técnicos recomendados por las instituciones especializadas, nacionales e internacionales y los protocolos institucionales vigentes.</p>	<p>Tratamiento adecuado de la atención del parto y sus complicaciones, con los insumos básicos y necesarios para la atención de las emergencias obstétricas. REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE contempla la información de las ventajas del parto institucional, así como el acceso a las mismas, también, el uso de las casas maternas, con su funcionalidad respectiva, apoyado por el MSPAS y los gobiernos</p>

				municipales.
Centros de atención permanente y Centros de Atención Integral Materno Infantil	Ubicación de estos servicio	No localizados en los lugares estratégicos	Están ubicados geográfica y estratégicamente con características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal. Serán atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería calificados. Podrán participar las comadronas, quienes brindaran servicios con pertinencia cultural para mejorar la salud materna neonatal y prevenir las muertes maternas y neonatales evitables y atenderán las veinticuatro horas del día durante todo el año.	La ubicación de Los CAP y CAIMI en la actualidad no cumple en su mayoría con este criterio, en el documento del modelo se da énfasis a los criterios mencionados con sin embargo no tiene un reglamento orgánico interno que respalde su operativización. Falta su creación en toda su extensión y con toda su infraestructura humana y física. Se planea en este nuevo REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE, la formación y/o reestructuración de los CAIMIs y los CAPs con reforzamiento de recursos a estos servicios.
Aplicación de las normas del 1er y 2do nivel	Aplicación de la normas de atención	Disgregación entre el 1er y 2do nivel de atención	Lo cual al momento de evaluar el desempeño del proveedor de acuerdo a la norma presenta dificultades, por ejemplo los servicios del primer nivel de atención no cuentan con laboratorio clínico, ni con pruebas rápidas	Crear lugares fijos y específicos, conforma a la ley y su aplicación en cada servicio de salud, con los insumos adecuados según cada lugar y cada servicio.

			para realizar pruebas de orina de rutina, ni glucómetros para análisis de glicemia en pacientes, además de pruebas para análisis de hematocrito y hemoglobina.	
			Describe ciertas intervenciones que salvan vidas por ejemplo para neonatos que el equipamiento solo está disponible en algunos establecimientos del segundo nivel de atención. No en todos	Promover la realización de compra de insumos básicos para no dejar desabastecido lo servicios y cuente con el material mínimo de acción.
			Las normas van más orientadas a procesos de recuperación de salud, más que a intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por ejemplo en salud del lactante y niñez habla de IRA, y para caso de resfriados describe el uso de medicamentos como acetaminofén para tratar síntomas, pero no de cómo prevenir el contagio con otras personas como puede ser, lavado de manos, cubrirse la nariz y boca al estornudar.	Realizar ad ademndun al norma para el mejoramiento de estas y otros procesos similares. La creación del REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE, establece que todo servicio se otorgara insumos completos. En lo que conlleva hasta las niñas y mujeres en edad fértil.
Respecto al contenido de algunos protocolos y guías de atención se identifican			Uso de oxitocina para el manejo activo del tercer período del parto, se mencionan indicaciones de uso, dosis, pero no de forma adecuada de	Trabajar cadena como la cadeneda frio dentro, del proceso, sin dejar la evaluación personalizada.

brechas en su operativización			almacenamiento (temperatura, no exposición a la luz).	
Las Guías Nacionales de Planificación Familiar,			Describir cada método disponible en el Ministerio de Salud, como actúa, protección esperada del método usado, adecuadamente, quienes pueden usarlo, quienes no pueden usarlo, ventajas y beneficios, limitaciones, aplicación del método, cuando iniciarlo, manejo de efectos secundarios comunes, seguimiento, donde pueden reabastecerse, para algunos métodos menciona quien puede proveerlo, por ejemplo: la T de Cobre, mientras para los otros métodos anticonceptivos como los inyectables, las píldoras, el condón, el método de días fijos (collar) no lo menciona	Realizar capacitaciones a personal permanente en los servicios del primer nivel y que sea continúa la oferta y la entrega en la comunidad.
			La oferta de métodos anticonceptivos y el tipo de proveedor, es una limitante para la disminución de la demanda insatisfecha ya que la misma se concentra en áreas urbanas y no en rurales.	Hacer intervenciones a nivel comunitario, con las comadronas, los facilitadores comunitarios, con apoyo de procesos de Información Educación y Comunicación, además de Cambios de

				Comportamiento.
			Uso de sobres de rehidratación oral para tratamiento de la deshidratación en niños y niñas, la inmunización para enfermedades prevalentes en la infancia, la estrategia AIEPI, etc.). Sin embargo pocos programas tienen estimado el valor de sus intervenciones, lo cual constituye una brecha ya que pueden ser intervenciones basadas en evidencia médica pero poco factible para su implementación.	Mejorar la compra y distribución de estos insumos en cada servicio de salud, desde el tercer al primer nivel de atención.
			El área financiera tiene costeados las intervenciones claves por ciclo de vida en base a producción, el personal responsable de elaborar normas, actualizarlas desconoce los costos de las intervenciones que ellos proponen en las mismas. lo cual constituye una brecha ya que pueden ser intervenciones basadas en evidencia médica pero poco factible para su implementación	Mejorar la ley orgánica del presupuesto, además de la transparencia del uso de dichos fondos en todos los servicios.
			Lo anterior se evidencia con la elaboración de los Planes Operativos Anuales, donde cada programa ha incorporado sus	Asegurar e incrementar el financiamiento para el sistema de salud y mejorar la asignación

			prioridades, sus insumos, pero solo se registran los insumos, las metas, no los costos	presupuestaria del MSPAS en el presupuesto general de ingresos y gastos de la nación
			Para incorporar en procesos de atención del primer y segundo nivel de atención y los formularios electrónicos de catálogo de insumos del Plan Operativo Anual; programas prioritarios y que son monitoreados por SEGEPLAN por el logro de resultados (salud reproductiva para reducir mortalidad materna y neonatal, desnutrición, inmunizaciones, ITS-VIH/SIDA), ya que en este último no incluyen al neonato ni insumos para su atención, vitamina K, antibiótico para profilaxis oftálmica	Garantizar la utilización del Plan Operativo Anual, como herramienta de gestión y de control de la calidad de gasto. No dejando ningún programa de atención en salud, en el gasto público en salud y corresponderá a la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable, vigilar que el Estado esté usando el máximo de sus recursos disponibles para el cumplimiento de la estrategia contenida en la Ley para la Maternidad Saludable.
			No se contemplan insumos jeringas, algodón, gluconato de clorhexidina o alcohol para administrar el inyectable mensual y/o trimestral, no se contemplan insumos para la inserción de TCU, o bien de implante subdérmico	Garantizar la utilización del Plan Operativo Anual, como herramienta de gestión y de control de la calidad de gasto. No dejando ningún programa de atención en salud

			Para los programas de monitoreo del crecimiento, no se contemplan balanzas, Infantómetro para menores de 1 año y Tallímetro para los mayores de 2 años.	Garantizar la utilización del Plan Operativo Anual, como herramienta de gestión y de control de la calidad de gasto. No dejando ningún programa de atención en salud
Todos estos procesos tienen ejes transversales para su cumplimiento, haciendo valer el marco legal de la ley, la aprobación del nuevo reglamento orgánico interno del MSPAS, mejorando el presupuesto de la nación, además de mejorar la descentralización, como el monitoreo y supervisión de todos y cada uno de los procesos. También será apoyado por el REGLAMENTO DE LA LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE, incluyendo la atención con pertinencia cultural y parto vertical en los servicios de salud.				

Procesos a trabajar en todos los ámbitos de salud y fuera de él:

- 1.14 Lograr que el enfoque intercultural en la provisión de servicios de salud en el conjunto mejorado de servicios de salud en todos los servicios de salud sea aceptado por los proveedores y los usuarios.
- 1.15 Lograr que el enfoque intercultural en la provisión de servicios de salud en el Servicios de salud, sea apoyado por grupos organizados de la comunidad y otros grupos del nivel local.
- 1.16 Involucrar a las autoridades municipales y departamentales de Salud en la implementación del enfoque intercultural en la provisión de servicios de salud.
- 1.17 Que los servicios incluyan plantas medicinales en la atención de salud a la población.
- 1.18 Huertos de plantas medicinales y nutritivas en las viviendas de las familias de la comunidad y centros de convergencia.
- 1.19 Atención de partos atendidos por comadronas de acuerdo a las prácticas locales y con el apoyo del personal institucional en los servicios con adecuación intercultural.
- 1.20 Servicios de salud identificados con nombres en idioma Maya.
- 1.21 Los servicios deben tener un espacio físico para la atención de las personas según la cosmovisión de los pueblos indígenas.
- 1.22 Los servicios del primer nivel elaboran referencia y contra referencia (respuesta) en forma escrita hacia los servicios de mayor complejidad que atienden con pertinencia cultural.

- 1.23 Todos los servicios de salud respetan las prácticas en el cuidado de la salud de la comunidad (traje, idioma, acompañamiento de la familia en el momento de la consulta, del parto).
- 1.24 Realizar una promoción extensa, prolongada y puntual hacia todos los sectores interesados en mejorar la salud de la población indígena, en todos los idiomas y lenguas mayas.
- 1.25 Sensibilizar tanto a la población respecto a sus derechos como a los servicios de salud con el cumplimiento de las normas de atención con pertinencia cultural.
- 1.26 Monitores en cada área específicas para llevar la información adecuada hacia los niveles de toma de decisión en mejorar cada uno de los procesos establecidos según la cosmovisión maya, apegada a medicina basada en evidencia y costo efectiva.

Involucrar a todos los sectores en la comunidad que se articulen con los servicios de salud para crear la aceptación y práctica real de este proceso, sin olvidar a las organizaciones civiles, para la fiscalización del este proceso de atención en salud de la mujeres y los neonatos.

Ilustración 1. Propuesta macro de nueva estructura organizativa del MSPAS,(fuente documento borrador, Reglamento Orgánico Interno)

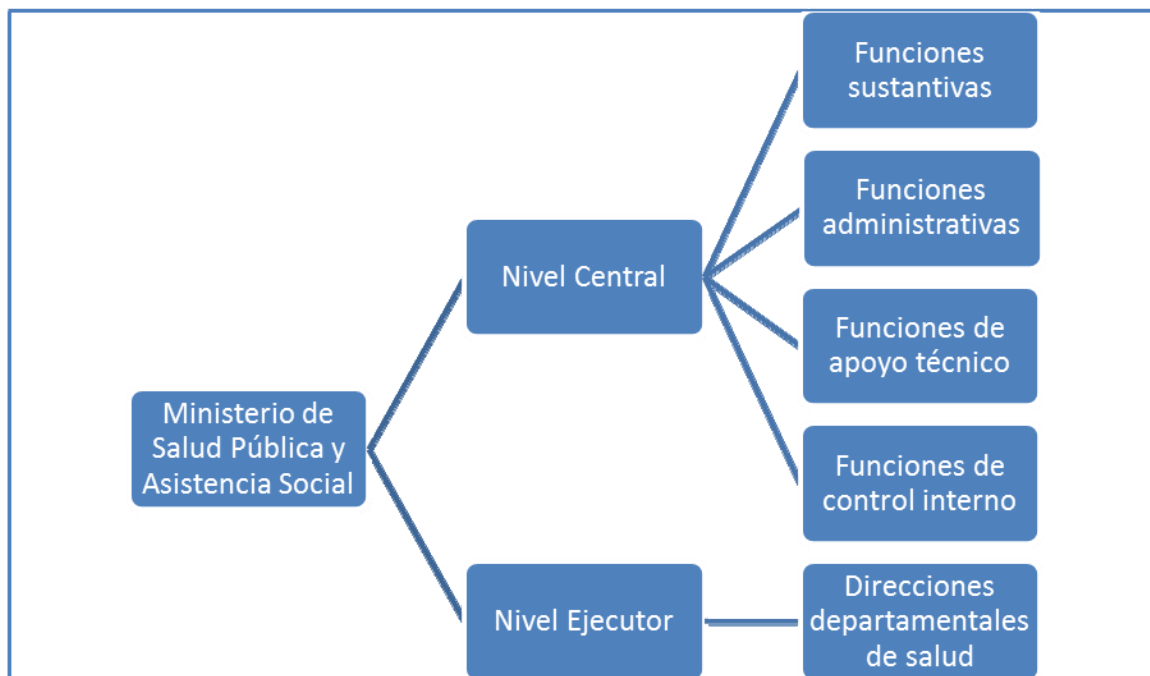


Ilustración 2. Unidades que desarrollan funciones sustantivas de apoyo al Despacho Ministerial.

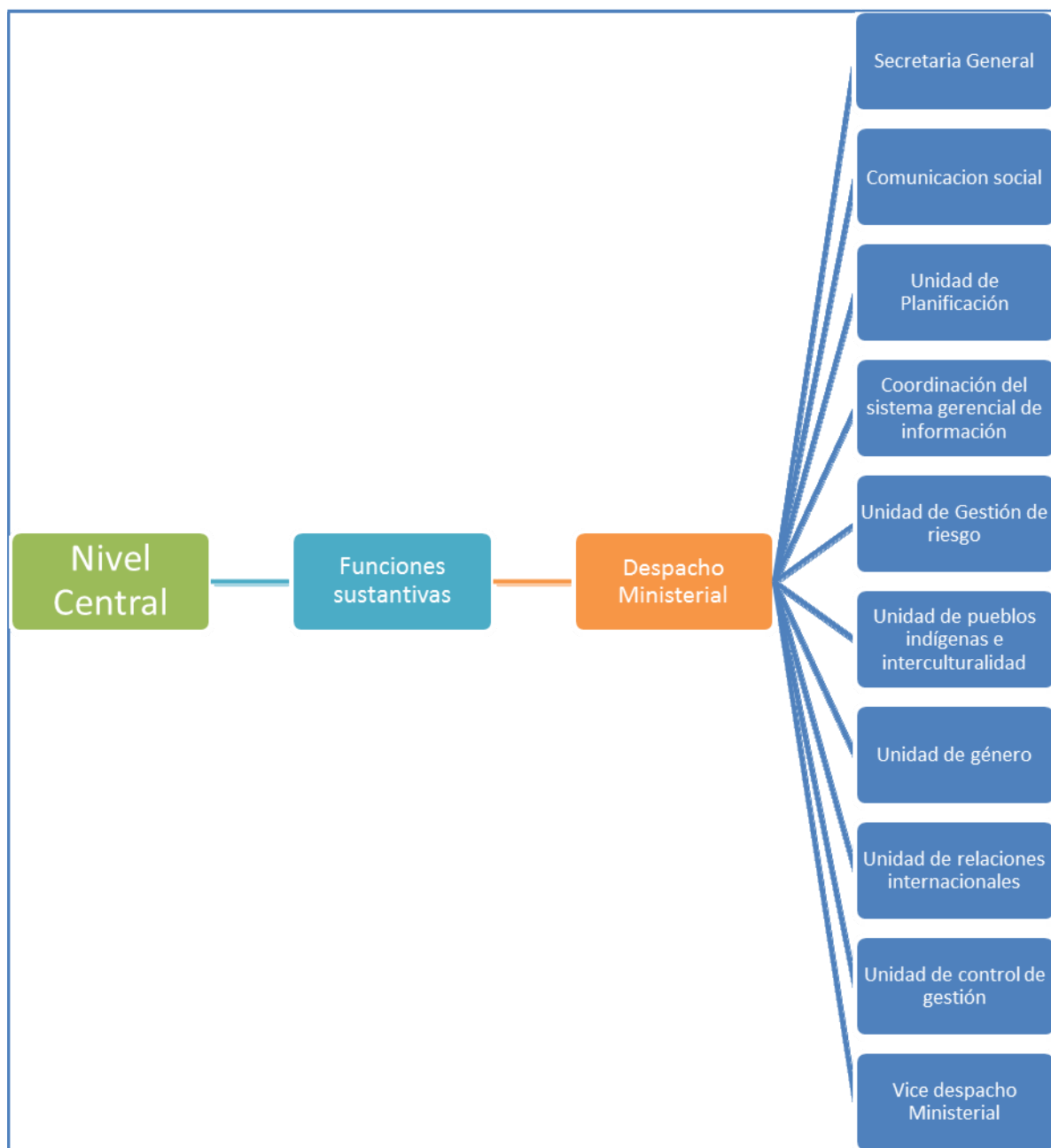


Ilustración 3. Descripción de unidades que realizan funciones sustantivas de apoyo a la dirección general de servicios de Salud

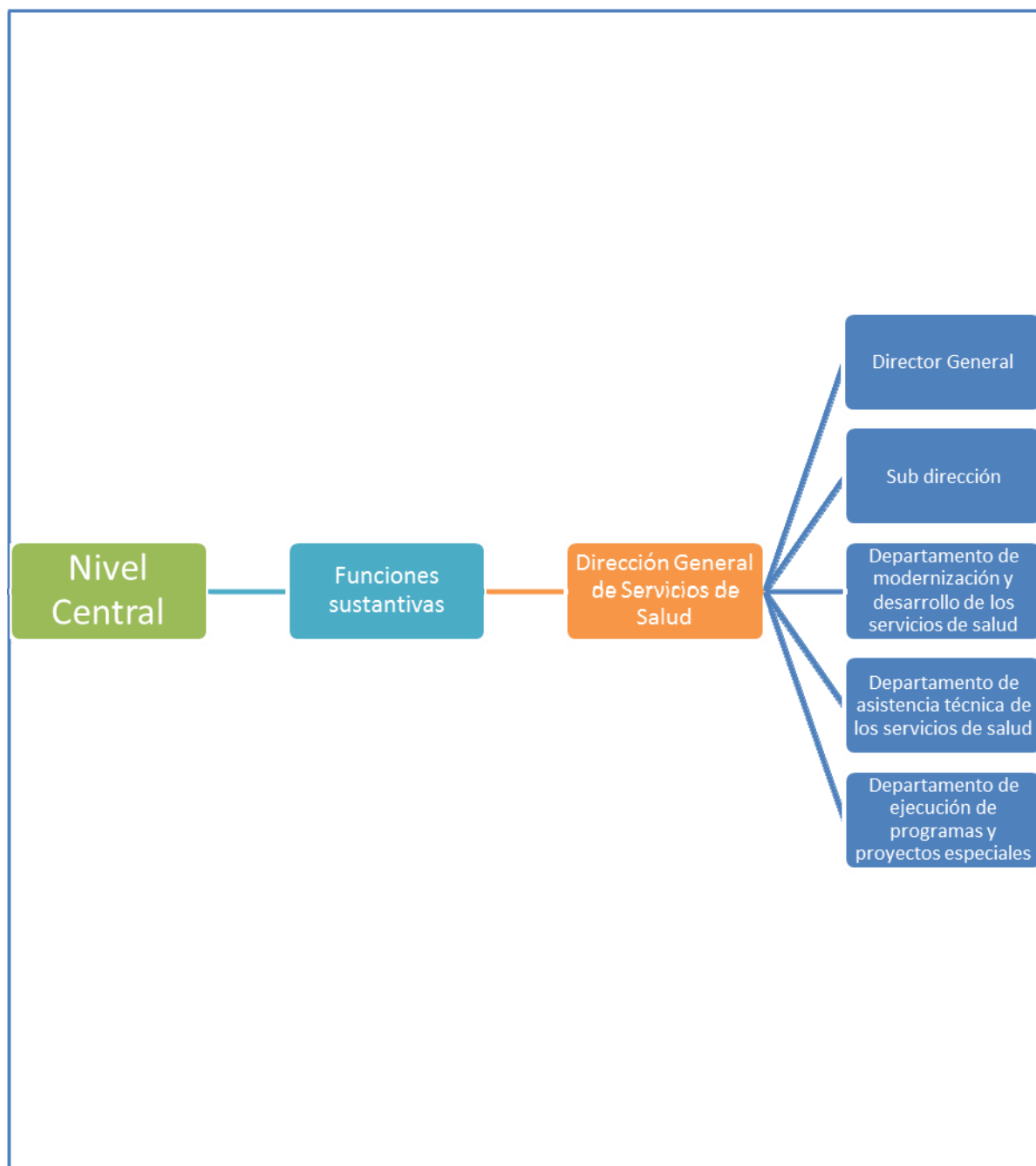


Ilustración 4. Descripción de funciones sustantivas de apoyo a Direcciones de Epidemiología y de regulación sanitaria.

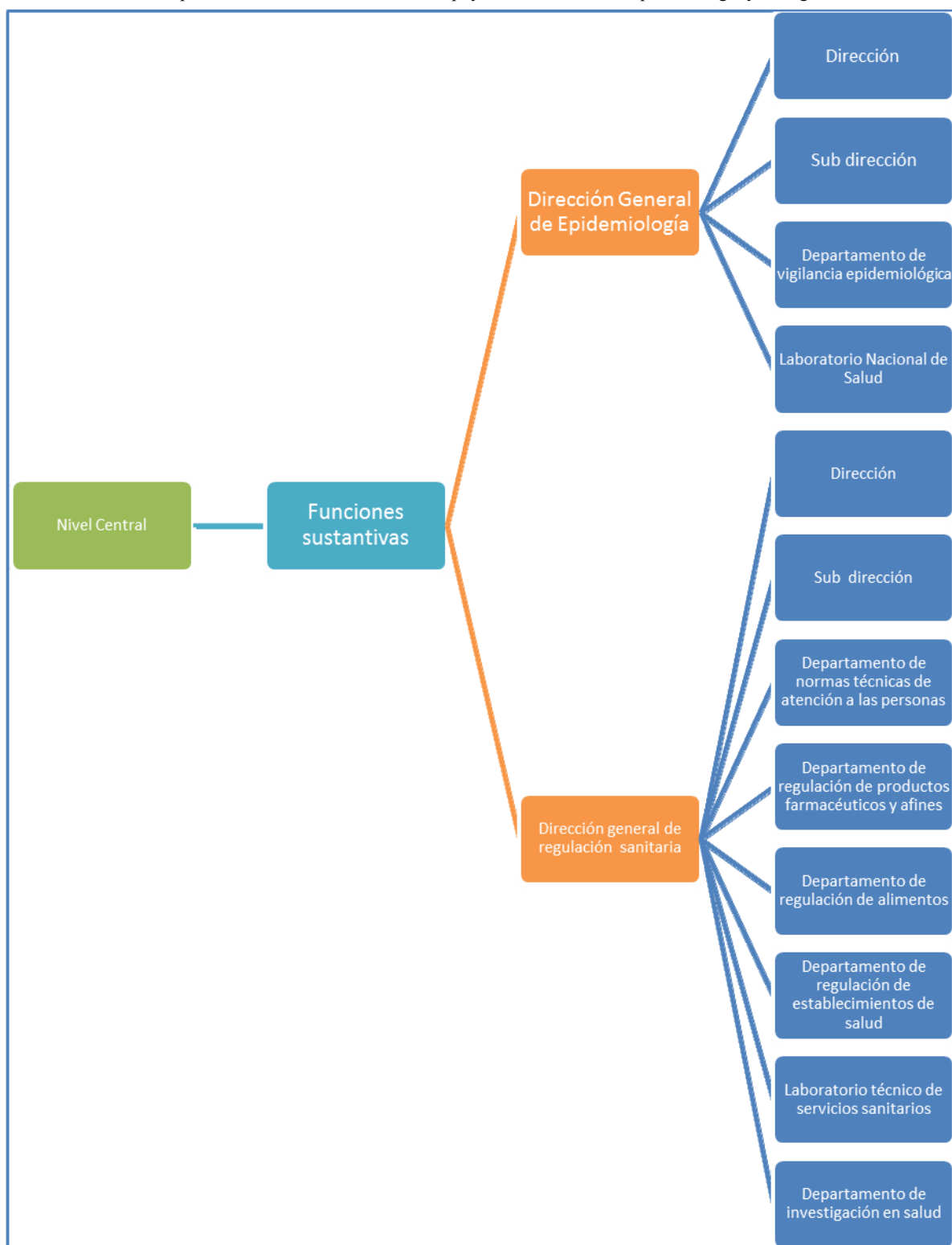


Ilustración 5. Descripción de funciones sustantivas de apoyo a la dirección de salud y de promoción de la salud. Función administrativa.

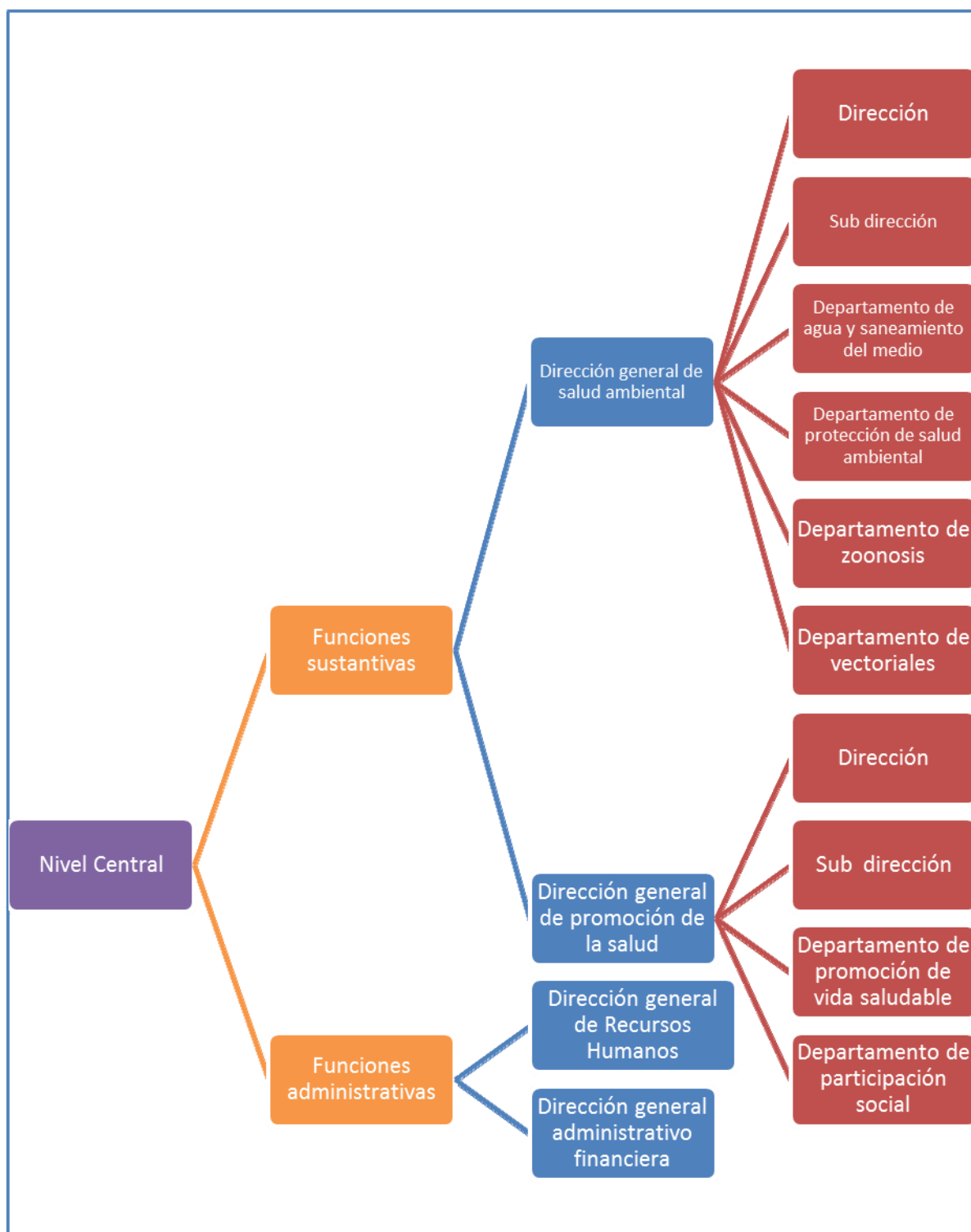
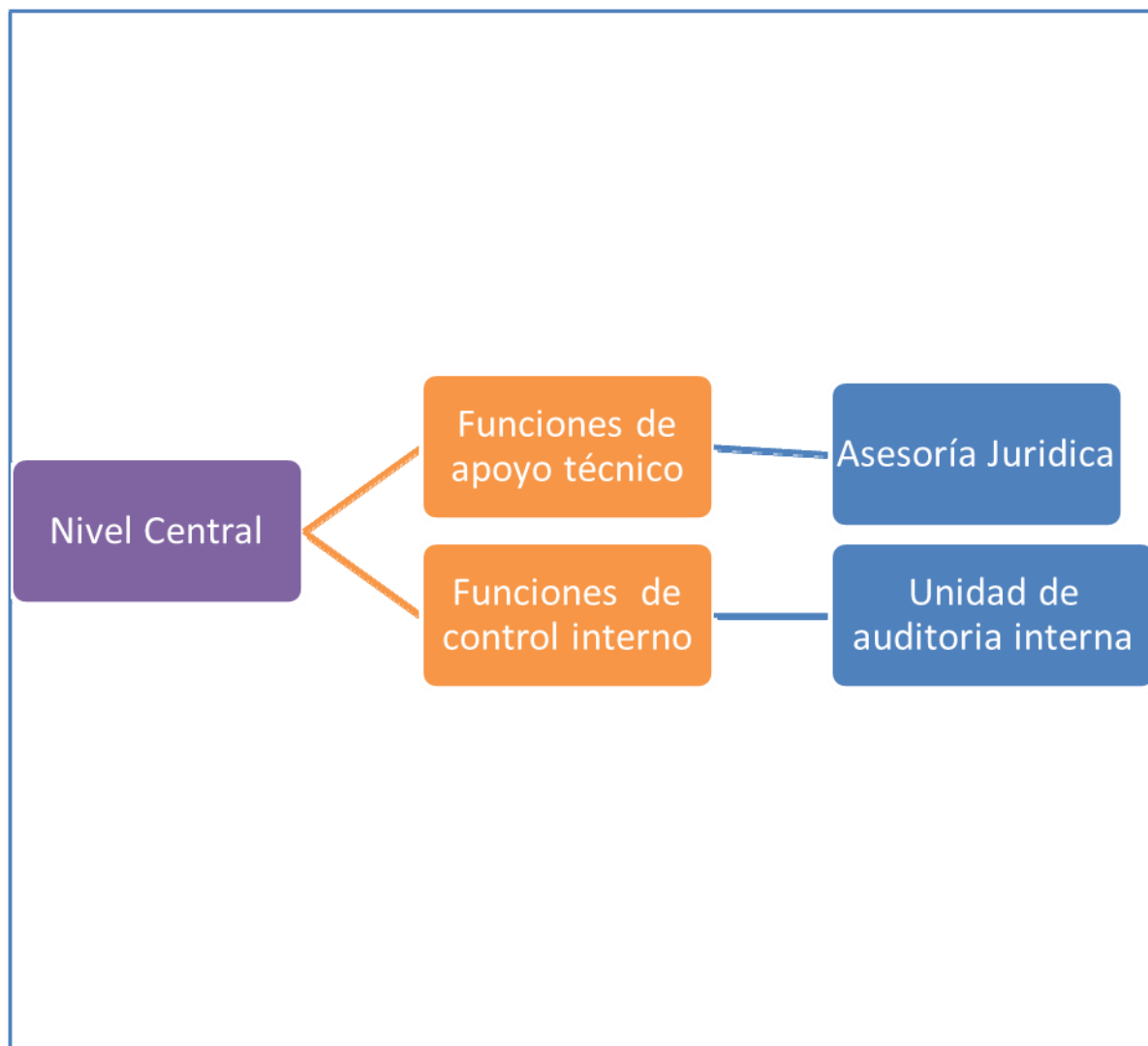


Ilustración 6. Descripción de unidades de apoyo técnico y funciones de control interno del nivel central del MSPAS.



C. Las intervenciones de la Iniciativa SM2015

Revisar y Analizar, entre otros, las políticas, normativas, programas, protocolos y prácticas en las siguientes áreas y hacer una comparación con los recomendados por la Iniciativa a partir de los Planes Maestros firmados por los países dentro del marco del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, la OPS y el Centro para el Control de Enfermedades.

NUTRICION:

1. Hacer una revisión y análisis de las intervenciones efectivas para reducir el retardo en talla, las deficiencias de micronutrientes y la morbilidad y mortalidad infantil en relación con políticas, normativas, programas, protocolos y prácticas en estas áreas.
2. Incluir en lo anterior la Promoción de cambios de comportamiento, la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, la introducción oportuna, segura y adecuada de alimentos complementarios y la promoción de prácticas adecuadas de higiene, específicamente el lavado de manos.
3. Incluir las intervenciones de micronutrientes a través de la suplementación con micronutrientes dirigida a niños menores de 5 años de edad, tales como la provisión semestral de suplementos de vitamina A, el uso de suplementos de zinc para el manejo de diarreas y la adición de micronutrientes a los alimentos complementarios.
4. Para las mujeres embarazadas, incluir la revisión y análisis de las intervenciones que incluyan la suplementación con hierro y ácido fólico y el fortalecimiento de los programas nacionales de fortificación en mujeres embarazadas.
5. Incluir las Intervenciones de alimentación complementaria a través de la distribución de alimentos complementarios fortificados con micronutrientes para niños de 6-23 meses de edad de forma universal.
6. Incluir el manejo clínico dado a desnutrición aguda severa
7. Verificar si para el tema de Nutrición se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales)

DESNUTRICIÓN

El principal problema nutricional de la niñez menor de cinco años de edad, es la desnutrición crónica, siendo el promedio nacional de 43.4%, y la desnutrición aguda moderada y severa afecta al 0.9% según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008-9.

Por otro lado, a partir del año 2008 Guatemala se vio afectada por una serie de factores, entre ellas, la crisis financiera y económica, el fenómeno del niño que se manifestó por una sequía prolongada, la cual provocó pérdida de cosechas de granos básicos, particularmente en los campesinos que realizan cultivos de subsistencia, todos estos fenómenos dieron como resultado la crisis de inseguridad alimentaria y la presentación de casos de desnutrición aguda en las comunidades rurales más pobres principalmente en los municipios del corredor seco, luego una serie de tormentas tropicales (Agatha, Stan,

erupción del volcán de Pacaya etc.) hay hecho una cosecha muy escasa en todo el territorio nacional.

Ante esta situación de inseguridad alimentaria y el aumento de casos de desnutrición aguda principalmente de comunidades del corredor seco, el Gobierno de Guatemala, declaró estado de Calamidad Pública con el fin de facilitar la movilización de recursos nacionales e internacionales.

Para hacer frente al incremento de casos de desnutrición aguda, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), elaboró el Plan Nacional de Atención y Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica en Guatemala, actualiza los Protocolos para el Tratamiento a nivel Hospitalario de la Desnutrición Aguda Severa y sus Complicaciones en el paciente pediátrico, Protocolo para el Tratamiento Ambulatorio de Niños con Desnutrición Aguda severa sin Complicaciones en la Comunidad y el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición.

Para operativizar dicho plan, el MSPAS realizó un llamado de apoyo a la Cooperación Internacional, este llamado que fue atendido por la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) y UNICEF, quienes respondieron con la movilización de recursos financieros, insumos, medicamentos, alimentos y equipo, para implementar el Plan Nacional de Atención y Prevención de la Desnutrición Aguda, durante los meses de octubre a diciembre 2009. La desnutrición tiene efectos negativos en diferentes dimensiones de la vida de las personas, entre las que se pueden señalar los impactos en la salud, la educación, la economía (costos, gastos públicos y privados y productividad). El problema de desnutrición infantil es uno de los más graves y crónicos en Guatemala. Desde el punto de vista de la salud pública, refleja las grandes desigualdades e inequidades existentes desde hace varios decenios. La importancia y repercusiones que tiene para el desarrollo socioeconómico son innegables, desde cualquier punto de vista, porque los efectos mantienen a lo largo de generaciones, el círculo de la pobreza. A ese contexto se suman las variaciones que en los últimos años han sufrido los patrones de alimentación del niño o niña por razones sociales, económicas y culturales

(12)

Para la determinación del estado nutricional se tomaron las medidas antropométricas de longitud, talla y peso para los menores de 60 meses. Se utilizaron muestras de sangre para la determinación de anemia en los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad. En las encuestas anteriores, para el análisis del estado nutricional se utilizó como patrón de referencia el de NCHS/OMS. En esta última el patrón de referencia utilizado es el propuesto por la OMS, producto del estudio multicéntrico de referencias de crecimiento de la OMS (EMRC-OMS). Estos nuevos patrones de crecimiento infantil, también fijan nuevas e importantes normas relativas a la atención, nutrición y salud de los niños, como por ejemplo:

- La importancia de cuidar la alimentación durante toda la infancia, debe apoyarse, protegerse y fomentarse la práctica saludable de la lactancia materna durante los primeros 6 meses y debe proporcionarse a los niños y niñas alimentos inocuos, saludables y nutricionalmente adecuados, durante el periodo de alimentación complementaria.
- Es fundamental aplicar plenamente los objetivos de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y de la niña o niño pequeño.

(14).

Encuesta de salud materno infantil (ESMI), años 1987, 2002, 2008-9.

ESMI durante los años	1987	2002	2008-09
Criterios evaluados.			
Desnutrición Crónica 3 a 59 meses	55.2 (1995)	54.3	49.8
Mortalidad infantil (10 años antes de la encuesta)	79	44	34
Mortalidad infantil (Cinco años antes de la encuesta)	73	39	30
Mortalidad en la niñez (cinco años previo a la encuesta)	109	53	42
Atención del parto por médico o enfermera	34.8	41.1	51.4
Vacunación en niños de 12 a 23 meses. (todas las vacunas)	22.2	62.5	71.2
Tasa global de fecundidad	5.6	4.4	3.6

Estrategias 2010 para el abordaje integral de la niña y el niño con Desnutrición Aguda

Durante el año 2009 la vigilancia epidemiológica pasiva desarrollada en la red de establecimiento de salud a partir de la consulta, permitió identificar un aumento de casos de niños (as) con desnutrición aguda severa con complicaciones en los hospitales del llamado corredor seco del país. Ante esta situación el Ministerio de Salud reacciona, decretando la vigilancia y notificación obligatoria de casos de desnutrición aguda para los niños menores de 5 años, lo que permite dar cuenta después de 11 semanas de vigilancia epidemiológica de 1,625 casos de desnutrición aguda moderada y 520 de desnutrición aguda severa en los que se incluyen 185 casos de Marasmo y 61 casos de Kwashiorkor. A estos casos

notificados, se le adicionas 610 casos ingresados en los hospitales y centros de recuperación nutricional.

El año 2010 presenta un escenario incierto, dado los esfuerzos institucionales para mejorar la detección y registro de la información, se observa un incremento de casos de desnutrición aguda identificados por la red de servicios del país que para la sexta semana epidemiológica del presente año da cuenta de un total de 4,155 casos reportados por la vigilancia epidemiológica semanal (SIGSA 18) distribuidos de la siguiente forma:

- El 65% de los casos (2629) corresponden a desnutrición aguda leve.
- El 26% de los casos (1,120) corresponden a desnutrición aguda moderada.
- El 9% de los casos (406).

En términos de la atención hospitalaria y en centros de recuperación nutricional para el día 25 de febrero se han reportado 581 ingresos de los cuales 331 (57%) han ingresado a centros de recuperación nutricional y 250 (43%) en hospitales.

(2)

Durante el año 2010, la actual administración pretende con respecto al Plan Nacional de Atención y Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica en Guatemala, enfatizar en tres componentes del mismo, sin dejar de lado el resto de componentes del plan. Para ello ha decidió enfatizar sus acciones en tres componentes:

- El componente de vigilancia epidemiológica operacionaliza la vigilancia activa a partir de la búsqueda de casos.
- El componente de atención hospitalaria y ambulatoria.
- Fortalecimiento institucional.

Para ello ha elaborado **tres estrategias concretas** que se enuncian a continuación:

1. Búsqueda activa de casos de desnutrición aguda en niños menores de 5 años mediante el desarrollo de barrido sanitario.
2. Seguimiento domiciliario de las niñas y niños diagnosticadas con desnutrición aguda.
3. Atenciones oportunas y de calidad a las niñas y niños diagnosticadas (os) con desnutrición aguda en la red de establecimientos de salud del país (Centros de Recuperación Nutricional y Hospitales) de conformidad con los protocolos de atención elaborados.

Instrumentos Técnicos para la Prevención y Atención a la Desnutrición en Niñas o Niños Menores de 5 Años

El Ministerio de Salud y Asistencia Social en el marco de la emergencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional a finales del año 2009, elaboró y reviso los protocolos de atención para el abordaje de la desnutrición aguda en forma integral y oportuna.

Dichos documentos se presentan y describen a continuación:

1.- PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS CON DESNUTRICION AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES EN LA COMUNIDAD.

Este protocolo es único e innovador por incorporar el tratamiento en la comunidad. Debido a la necesidad de dar tratamiento a las niñas y niños con desnutrición aguda de 6 meses a 5 años sin complicaciones de una forma adecuada, involucrando en el mismo a la familia para ayudar así a una recuperación permanente.

El mismo establece los lineamientos que guían al personal de salud a través de cinco etapas, que se describen a continuación:

- **IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASOS:** con circunferencia media de brazo, Indicador peso/talla según los nuevos estándares de la OMS, y Signos Clínicos.
- **REFERENCIA DE CASOS:** esta etapa es donde el personal de salud decide si el niño puede ser tratado en la comunidad o debe ser referido a otro servicio de mayor resolución
- **TRATAMIENTO AMBULATORIO:** Es aquí donde se establecen que el tratamiento del niño con desnutrición aguda severa sin complicaciones se le debe proporcionar tratamiento nutricional, el cual incluye tanto el tratamiento con Alimentos Locales o con Alimentos Terapéuticos Listos para su Consumo (ATLC) y Tratamiento Médico.
- **VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DE LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL:** Se mide la velocidad de la ganancia de peso semanalmente hasta alcanzar la recuperación nutricional.
- **INCORPORACIÓN A LAS ACCIONES PREVENTIVAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD:** Se establece como parte fundamental del tratamiento el continuar cada caso de forma que se enlacen a las acciones rutinarias del servicio de salud, como lo son suplementación con micronutrientes, monitoreo del crecimiento, completar el esquema de vacunación. De esta forma lograr que el niño se recupere de forma adecuada y permanente.

GUÍA OPERATIVA DEL PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA SIN COMPLICACIONES EN LA COMUNIDAD:

Esta guía provee al personal de salud de una forma sencilla y paso por paso, las acciones a seguir para tratar a una niña o niño con desnutrición aguda severa en la comunidad, siguiendo los lineamientos del Protocolo para el Tratamiento de la Desnutrición Aguda Severa sin complicaciones en la comunidad

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO A NIVEL HOSPITALARIO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA Y SUS COMPLICACIONES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO:

En este protocolo se establecen las pautas a seguir de forma obligatoria por todo el personal del tercer nivel de atención, para dar tratamiento a las complicaciones de forma que se restablezca el estado de salud y lograr la recuperación nutricional, para lo cual se le ofrece al personal de salud las herramientas para diagnosticar el estado nutricional, diagnosticar y dar tratamiento tomando como base el estado de salud de la niña o niño, el tratamiento nutricional a seguir en cada una de las etapas de la recuperación, así como los criterios de egresos de los niños en tratamiento.

MANUAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA DESNUTRICIÓN:

Este manual establece el Sistema de Vigilancia Nutricional para la captación oportuna de los casos y contribuir a la disminución de la desnutrición.

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO EN CENTROS DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA Y MODERADA SIN COMPLICACIONES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO:

Este protocolo establece las acciones específicas a seguir por las y los profesionales en salud para el tratamiento óptimo de la desnutrición aguda severa y moderada en un Centro de Recuperación Nutricional. El mismo incluye no solo el tratamiento nutricional sino también el abordaje integral incluyendo, el brindar estimulación emocional y física y la

consejería al padre o madre que se convierte en una estrategia conjunta para la recuperación sostenible de la desnutrición aguda.

(16) (17)

LINEAMIENTOS DE DISTRIBUCIÓN, ALMACENAMIENTO Y PRESCRIPCIÓN DE ALIMENTOS TERAPEUTICOS LISTOS PARA SU CONSUMO:

Este documento contiene los lineamientos para las Áreas de Salud sobre los Alimentos Terapéuticos Listos para su Consumo, a ser utilizados en el tratamiento ambulatorio con niñas y niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones, el cual se necesita esté disponible y accesible oportunamente en los servicios de salud. Por ello es necesario contar con dichos lineamientos de logística que brinden de una manera práctica información y orientación al personal de los servicios sobre los mecanismos y procedimientos que, en conjunto, contribuyan a garantizar el abastecimiento y calidad para su

Leyes y acuerdo gubernativos para el fortalecimiento de los alimentos

1.- Decreto Ley No. 44-92, "LEY GENERAL DE ENRIQUECIMIENTO DE ALIMENTOS"
2.- Acuerdo Gubernativo No. 021-2000, "REGLAMENTO PARA LA FORTIFICACIÓN DEL AZÚCAR CON VITAMINA A"
3.- Acuerdo Gubernativo No. 715-2003, "REGLAMENTO PARA LA FORTIFICACIÓN DE LA SAL CON YODO Y SAL CON YODO Y FLUOR"
4.- Acuerdo Gubernativo No. 0324-2007, "REGLAMENTO TÉCNICO CENTROAMERICANO RTCA 67.01.15:07 HARINAS, HARINA DE TRIGO FORTIFICADA. ESPECIFICACIONES"

La fortificación, y/o equiparación de alimentos es el proceso mediante el cual se adiciona o se repone (por pérdida o disminución durante el proceso industrial) a ciertos alimentos de consumo masivo, los micronutrientes seleccionados para mejorar el estado nutricional y reducir el riesgo que la carencia o diferencia de los mismos pueden provocar en la población. Pues a través de varios estudios se ha demostrado que la deficiencia de micronutrientes es responsable de serios daños funcionales en una gran parte de la población del mundo, entre ellos el retraso en el desarrollo mental y físico y mayor susceptibilidad a las infecciones. La fortificación de alimentos de consumo masivo, debido a su bajo costo, biodisponibilidad y cobertura, es la estrategia más efectiva para brindar a la población los micronutrientes esenciales que son deficitarios en la dieta. El estado debe velar por la salud integral de todos los habitantes del país y que la fortificación, enriquecimiento o equiparación de los alimentos es uno de los medios más eficaces de la lucha contra las enfermedades por deficiencias nutricionales específicas, emitió en 1992 la Ley General de Enriquecimiento de Alimentos.

Posteriormente, para operacionalizar dicha ley, se han emitido los reglamentos para la fortificación de tres alimentos básicos, consumidos por la mayoría de la población, seleccionados como vehículos para aportar a la mayor parte de la población los micronutrientes deficitarios que son importantes para la salud y que son: 1) Azúcar, que se

fortifica con vitamina “A”; 2) Harina de trigo, que se fortifica con hierro, tiamina, niacina, riboflavina y ácido fólico, y 3) Sal, que se fortifica con yodo y flúor. Para la Comisión Nacional de Fortificación, enriquecimiento y/o equiparación de Alimentos, creada con la promulgación del Decreto Ley No. 44-92.

LACTANCIA Y NUTRICIÓN

La desnutrición tiene efectos negativos en diferentes dimensiones de la vida de las personas, entre las que se pueden señalar los impactos en la salud, la educación, la economía (costos, gastos públicos y privados y productividad). El problema de desnutrición infantil es uno de los más graves y crónicos en Guatemala. Desde el punto de vista de la salud pública, refleja las grandes desigualdades e inequidades existentes desde hace varios decenios. La importancia y repercusiones que tiene para el desarrollo socioeconómico son innegables, desde cualquier punto de vista, porque los efectos mantienen a lo largo de generaciones, el círculo de la pobreza. A ese contexto se suman las variaciones que en los últimos años han sufrido los patrones de alimentación del niño o niña por razones sociales, económicas y culturales. Los resultados relacionados con la lactancia materna, alimentación complementaria, el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de edad (3 a 59 meses) y de las madres de las hijas e hijos vivos en este rango de edad. En la ENSMI-2008/09, se interrogó sobre el tema de lactancia materna a las mujeres que habían tenido al menos un nacido vivo a partir de enero de 2003, si la entrevista ocurrió en 2008 o a partir de enero de 2004 si la entrevista ocurrió en 2009. Para los últimos nacidos vivos menores de 5 años, se obtuvo información sobre el inicio de la lactancia materna y para los menores de 2 años se obtuvo información adicional sobre la frecuencia y duración de la lactancia materna, las razones para abandonar esta práctica y los tipos de alimentos que le dio en las últimas 24 horas. Para la determinación del estado nutricional se tomaron las medidas antropométricas de longitud, talla y peso para los menores de 60 meses y para todas las mujeres de 15 a 49 años de edad. Se recolectaron muestras de sangre para la determinación de anemia en los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad y de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad. Para el análisis del estado nutricional se utilizó como patrón de referencia el de NCHS/OMS. En esta última el patrón de referencia utilizado es el propuesto por la OMS, producto del estudio multicéntrico de referencias de crecimiento de la OMS (EMRC-OMS). Estos nuevos patrones de crecimiento infantil, también fijan nuevas e importantes normas relativas a la atención, nutrición y salud de los niños, como por ejemplo:

a.- La importancia de cuidar la alimentación durante toda la infancia, debe apoyarse, protegerse y fomentarse la práctica saludable de la lactancia materna durante los primeros 6 meses y debe proporcionarse a los niños y niñas alimentos inocuos, saludables y nutricionalmente adecuados, durante el periodo de alimentación complementaria.

- b.- Es fundamental aplicar plenamente los objetivos de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y de la niña o niño pequeño.
- c.- Todos los lactantes, niñas y niños pequeños deben tener disponibilidad y acceso a la vacunación y a una buena atención de salud.
- (2)(10)

LACTANCIA MATERNA

La importancia de la lactancia materna se debe a los múltiples beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos que proporciona a los niños, niñas y a las madres, además de los aspectos sociales y económicos que se ven influenciados favorablemente en los hogares. La lactancia exclusiva se recomienda durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido. Los beneficios que se pueden señalar son:

Beneficios para el lactante:

1.- Es un alimento completo	2.- Expone al niño/o, a menos fuentes de infección.
3.- Refuerza el sistema inmunológico con lo que previene muchas enfermedades	4. Hidrata sin ningún riesgo y le proporciona nutrientes esenciales cuando está enfermo, especialmente cuando tiene diarrea
5.- Contribuye a prolongar el espacio intergenésico , aumentando la probabilidad de sobrevivencia del lactante	

Beneficios para la madre:

1.- Reduce el riesgo de pérdida excesiva de sangre después del parto	2.- Constituye una forma natural de retrasar el próximo embarazo
3.- Reduce el riesgo de osteoporosis, así como el cáncer de mama y de los ovarios	

Beneficios económicos y sociales

1.- Reduce los gastos económicos destinados para la compra de sucedáneos de la leche	2.- Reduce los gastos médicos al prevenir enfermedades infantiles.
--	--

Declaración de Innocenti, que ratifica la declaración conjunta OMS/UNICEF 1989, para apoyo a la lactancia natural.

Practicas Integrales para la atención del parto:

Los porcentajes de las últimas niñas y niños nacidos vivos en los últimos 5 años, que alguna vez lactaron, que lo hicieron en la primera hora y durante el primer día de nacido. Como puede observarse, independientemente de las características de las mujeres, un alto porcentaje de madres inician la lactancia materna. El porcentaje de niños y niñas que alguna vez lactaron en todo el país es de 96.0 por ciento. Al revisar la distribución por regiones y departamentos, no existe mayor diferencia entre ellas, todas presentan porcentajes superiores a 90 por ciento en los niños y niñas que alguna vez lactaron. Situación similar se observa para el nivel de educación, área de residencia y grupo étnico. De cada 6 de cada 10 niños y niñas empezaron a lactar en la primera hora después del parto. Según las regiones, el menor porcentaje que lactan en la primera hora se observa en la región Metropolitana con el 47.3 por ciento y el mayor porcentaje es en la región Norte, con 62.5 por ciento. A nivel nacional, 79.2 de cada 100 niños y niñas que nacen vivos lactan en las primeras 24 horas después del parto. Se observan pequeñas diferencias en cada una de las regiones, pero los rangos oscilan de 71.8 por ciento en la región de Petén a 81.1 en la región Central. Según el nivel de educación de la madre, el inicio de la lactancia materna en el primer día de vida, es mayor en las madres que no tienen educación (80.5 por ciento) en comparación con las que poseen educación superior (72.3 por ciento). De acuerdo con el área de residencia tampoco hay diferencias en el inicio de la lactancia en la primera hora o en las primeras 24 horas de nacido.

(1)(15)

Lactancia y alimentación complementaria según edad del niño o niña.

La prevalencia de la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria son importantes desde el punto de vista de la salud infantil, porque permiten conocer en qué momento los niños y niñas empiezan a ser más vulnerables a contraer enfermedades transmitidas por la utilización de agua no potable u otras sustancias o líquidos, cuando no se toman las medidas higiénicas adecuadas.

Sobre la lactancia y alimentación complementaria en las últimas 24 horas de los menores de 2 años, el 76.9 por ciento de los menores de 2 años todavía estaban recibiendo algún tipo de lactancia materna cuando se hizo la entrevista. El porcentaje de niños y niñas que no lactaban aumenta conforme aumenta la edad; entre los 18-20 meses de edad se observa que 42.2 por ciento ya no recibe este tipo de alimentación, así como 58.4 por ciento de los niños y niñas entre 21-23 meses ya no están lactando. Como alimentación complementaria se comprende el alimento que se da al niño o niña junto a la leche materna después de los 6 meses. Las edades en las cuales los niños y niñas reciben alimentos adicionales a la lactancia materna y cuando terminan de ser lactados. Los tipos de alimentos complementarios. Los niños y niñas que se encontraban lactando de los que no lactaban en el momento de la encuesta. Otra recomendación es no usar pacha (biberón) para la alimentación infantil; sin embargo, puede observarse el uso es común en Guatemala, pues 38.5 por ciento la usa. El uso de la pacha aumenta las posibilidades que el niño contraiga enfermedades diarreicas, también disminuye la cantidad de leche materna producida y el periodo de amenorrea posparto de las madres, lo cual aumenta la probabilidad de un nuevo

embarazo, acortando el periodo intergenésico; lo que al final produce mayor riesgo para la salud de la madre y para la sobrevivencia del niño o niña.

Duración y frecuencia de la lactancia

Para los menores de 2 años de edad y la frecuencia de la lactancia materna en las últimas 24 horas antes de entrevistar a la madre. La mediana es la edad hasta que la mitad (50 por ciento) de los niños y niñas reciben lactancia. La lactancia total incluye cualquier lactancia independiente de otros alimentos. La lactancia materna refiere a recibir sólo pecho sin ningún otro alimento y la lactancia completa incluye sólo pecho o pecho y agua. A nivel nacional, la duración mediana de la lactancia total es 21.0 meses, mientras la mediana de lactancia materna es 2.9 meses y de la lactancia completa es 4.2 meses, resultados muy semejantes a las encuestas anteriores. La duración mediana de la lactancia materna es menor a un mes en 4 de las 8 regiones y en áreas urbanas mientras que alcanza 5.1 meses en el Nor- Occidente y 4.6 meses en áreas rurales. La misma situación se presenta por grupo étnico, pues en el grupo indígena la mediana de la lactancia materna alcanza 5.2 meses y en el grupo no indígena sólo llega a 0.9 meses. Se observa patrones similares para la lactancia completa.

(2).

Tipo de lactancia Indicadores de la OMS

En el año 1991, un equipo de trabajo de la OMS recomendó un listado de indicadores para evaluar la adecuación de las prácticas de lactancia en una población. Esta lista se actualizó en el año 2001. El cambio más importante fue cambiar el rango de edades para medir lactancia materna de “0 a 3 meses” a “0 a 5 meses”, porque la recomendación nueva era mantener lactancia materna en los primeros 6 meses de nacido. Los indicadores de la OMS son útiles para comparar los hallazgos de UNICEF Guatemala con los de otros países. Una síntesis de la información sobre el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS/UNICEF en cuanto a la práctica de la lactancia materna y la alimentación complementaria, según características seleccionadas. En el país, el 5.9 por ciento de niños y niñas menores de 6 meses de edad no estaban lactando. Esta cifra varía del 11.9 por ciento en la región Metropolitana al 3.4 por ciento en el área rural. La lactancia materna (49.6 por ciento de niños y niñas de 0 a 5 meses), es comparable a la cifra para 2002 (50.6 por ciento), lo cual es la mitad del valor para cumplir la norma. Es evidente que en el país los alimentos complementarios están introduciéndose a edades menores a las recomendadas por la OMS/UNICEF. Entre los niños y niñas menores de 6 meses de edad, el 19.4 por ciento ya recibe lactancia predominante, es decir, recibe agua u otros líquidos (excluyendo otras leches), además de leche materna. Al sumar este porcentaje con el de lactancia materna (49.6 por ciento), se nota que el 69 por ciento de menores de 6 meses recibe lactancia completa, pero la diferencia (31 por ciento) no está recibiendo leche materna o recibe otros alimentos no recomendados para los niños y niñas de esta edad. Considerando que la edad entre 6 y 9 meses es una transición entre la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria, lo recomendable sería que todo el grupo de 6 a 9 meses continuara recibiendo leche materna en forma simultánea con sólidos, atoles o purés, a esa

edad recibe la alimentación óptima. La OMS/UNICEF recomienda que todas y todos los niños y niñas sigan recibiendo leche materna hasta cumplir los 2 años de edad. Los porcentajes de niños y niñas que reciben lactancia continuada. Un grupo de 12 a 15 meses y otra al grupo de 20 a 23 meses de edad. Del primer grupo, el 78.6 por ciento recibe leche materna en alguna forma. Esta cifra es más alta en el área rural (87.2 por ciento) que en la urbana (64.0 por ciento). Del segundo grupo, el 46.2 por ciento recibe leche materna en alguna forma. Estas cifras reflejan que un poco menos de la mitad de las madres se adhiere a la recomendación de mantener la lactancia hasta que el hijo o la hija cumplan los 2 años de edad. Las cifras para 2002 eran 81.1 por ciento de niños y niñas de 12 a 15 meses y 47.4 por ciento de niños y niñas de 20 a 23 meses, cumplió con la norma, indicando falta de cambio en este indicador de lactancia continuada.

(2) (14)

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS (DE 3 A 59 MESES DE EDAD)

La relación directa que tiene el estado nutricional de los niños y niñas con la morbilidad y mortalidad se ha señalado en diferentes estudios nutricionales. En la ENSMI-2008/09 se determinó el estado nutricional de los menores de 5 años de edad utilizando un módulo de antropometría, en el cual se recogió el peso y la talla de las hijas e hijos de las mujeres entrevistadas.

Las mediciones antropométricas se hicieron a todos los niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y a todas las mujeres. En las encuestas anteriores ENSMI se comparó los resultados de la encuesta con una población de referencia de NCHS/ CDC/OMS. En 2006 la OMS introdujo una nueva población de referencia para sustituir a la utilizada anteriormente. Los esta nueva población de referencia para calcular los puntos de corte. Una comparación de los indicadores de nutrición, utilizando la vieja (NCHS/CDC) y la nueva (OMS) población de referencia para las encuestas anteriores en 1995, 2002 y 2008/09. La población de referencia de NCHS/ CDC/OMS que se utilizó antes, se basó en la acumulación de datos transversales de diferentes fuentes de la población norteamericana observada durante las décadas de los 60 y 70. Fué una población de referencia empírica sin mayores controles.

El porcentaje de niños y niñas, medidos en ENSMI-2008/09, clasificado con desnutrición crónica (talla para edad), desnutrición aguda (peso para talla) y desnutrición global (peso para edad). Para cada indicador se presenta el porcentaje por debajo de menos 3 desviaciones estándar (-3 DE) de la media de la población de referencia (desnutrición severa) y el porcentaje por debajo de menos 2 desviaciones estándar (-2 DE) de la media de la población de referencia (desnutrición total).

(2)(3)

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS (DE 3 A 59 MESES DE EDAD)

La relación directa que tiene el estado nutricional de los niños y niñas con la morbilidad y mortalidad se ha señalado en diferentes estudios nutricionales. En la ENSMI-2008/09 se determinó el estado nutricional de los menores de 5 años de edad utilizando un módulo de antropometría, en el cual se recogió el peso y la talla de las hijas e hijos de las mujeres. Las

mediciones antropométricas se hicieron a todos los niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y a todas las mujeres. En las encuestas anteriores ENSMI se comparó los resultados de la encuesta con una población de referencia de NCHS/ CDC/OMS. En 2006 la OMS introdujo una nueva población de referencia para sustituir a la utilizada anteriormente. Una comparación de los indicadores de nutrición, utilizando la vieja (NCHS/CDC) y la nueva (OMS) población de referencia para las encuestas anteriores en 1995, 2002 y 2008/09.

Presentamos el porcentaje de niños y niñas, medidos en ENSMI-2008/09, clasificado con desnutrición crónica (talla para edad), desnutrición aguda (peso para talla) y desnutrición global (peso para edad). Para cada indicador se presenta el porcentaje por debajo de menos 3 desviaciones estándar (-3 DE) de la media de la población de referencia (desnutrición severa) y el porcentaje por debajo de menos 2 desviaciones estándar (-2 DE) de la media de la población de referencia (desnutrición total).

Desnutrición crónica o retardo en el crecimiento (talla para edad)

El indicador talla para la edad en los niños y niñas de 3 a 59 meses de edad, cuando la relación de talla para la edad está por debajo de (-2.0 DE) representa un retardo en la estatura (desnutrición crónica), que puede ser consecuencia de deficiencias nutricionales en la dieta o de la incidencia de infecciones. El valor observado de desnutrición crónica total a nivel nacional es de 49.8 por ciento, lo que indica que la mitad de los niños y niñas menores de 5 años están sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una precaria situación social y económica. La quinta parte (21.2 por ciento) sufren de desnutrición crónica severa. El porcentaje con desnutrición crónica asciende de 23.5 por ciento entre los niños y niñas de 3 a 5 meses, a 33.5 por ciento entre los que tienen 6 a 11 meses y a 52.3 por ciento entre los que tienen de 12 a 23 meses de edad. El problema de la desnutrición crónica también aumenta con el orden de nacimiento, de 38.6 por ciento con el primer niño nacido a 64.8 por ciento si el niño es el sexto o después. No existe gran diferencia según el sexo de los niños. La desnutrición crónica en el área rural (58.6 por ciento) es mayor de la que se encuentra en el área urbana (34.3 por ciento). Las regiones que presentan niveles más altos de desnutrición crónica son la Nor-Occidente y la Norte, con 70.8 y 59.4 por ciento, respectivamente. La desnutrición crónica es casi el doble en los niños y niñas indígenas, 65.9 por ciento, que en los niños y niñas no indígenas, 36.2 por ciento. También se observa amplias diferenciales según el nivel educativo de la madre y el quintil económico del hogar donde viven los niños y niñas. Varía desde 14.1 por ciento para el quintil más alto a 70.2 por ciento para el quintil más bajo. La variabilidad de desnutrición crónica según departamentos con un rango entre 82.2 por ciento para Totonicapán y 25.3 por ciento para El Progreso.

Desnutrición aguda o emaciación (peso para talla)

Los datos también contienen el indicador peso para la talla, que cuando es bajo representa estado nutricional deficiente o desnutrición aguda. Al contrario, cuando este indicador es alto representa obesidad. Sólo el 1.4 por ciento de los niños y niñas menores de 3 a 59 meses de edad tiene un valor de peso para la talla que está por debajo de (-2.0 DE), porcentaje que es menor al esperado en la población de referencia (2.3 por ciento), lo que refleja que no hay un problema generalizado de desnutrición aguda en Guatemala.

Desnutrición global o desnutrición general (peso para edad)

El bajo peso para la edad caracteriza a la desnutrición global. Este indicador se usa para evaluar el grado de avance, uno de los objetivos de las metas del milenio. Refleja que la población de niños y niñas tiene baja talla para la edad acompañado de adecuado peso para talla. Los resultados muestran que en Guatemala, el 13.1 por ciento de los niños y niñas de 3 a 59 meses de edad presentan desnutrición global total y el 2.1 por ciento presentan desnutrición global severa. Generalmente este indicador demuestra las mismas diferencias que la desnutrición crónica, pero con porcentajes menores. La desnutrición global es 4.6 por ciento entre los niños y niñas de 3 a 5 meses de edad y asciende a 16.1 por ciento entre los de 12 a 23 meses de edad. Desciende nuevamente a 13.6 por ciento entre los niños y niñas de 24 a 35 meses de edad y a 12.9 por ciento entre los de 48 a 59 meses de edad. En el área rural, la desnutrición global total es 15.9 por ciento, casi el doble que en el área urbana donde es de 8.2 por ciento.

3.- Estrategias 2010 para el abordaje integral de la niña y el niño con Desnutrición Aguda

Tendencias del estado nutricional usando la nueva población de referencia (OMS) y la vieja (NCHS/ CDC)

Las tendencias en desnutrición crónica, aguda y global para las encuestas anteriores en 1995,

2002 y 2008/09, usando la vieja población de referencia (NCHS/CDC) y la nueva población de referencia (OMS). Los porcentajes usando la referencia NCHS/CDC corresponden a los resultados publicados en los informes para 1995 y 2002. El patrón de cambio entre encuestas es similar usando las 2 poblaciones de referencia pero con diferente nivel. En general, la desnutrición crónica (T/E) usando la referencia OMS (líneas sólidas) es mayor que la calculada usando la referencia NCHS/CDC (líneas suspensivas) pero la desnutrición global (P/E) es menor usando OMS que usando NCHS/CDC. Para desnutrición crónica hubo muy poco cambio entre 1995 y 2002, pero disminuyó entre 2002 y 2008/09. Para desnutrición global hubo descensos en ambos periodos entre las encuestas. (8).

Prevalencia de anemia en la población materno-infantil

Los indicadores de la prevalencia de anemia en la población materna infantil de Guatemala, se obtuvieron a través de la toma de muestras de sangre capilar, tanto de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad, así como de las mujeres de 15 a 49 años de edad. 2 Para el análisis de la prevalencia de anemia, las muestras fueron leídas inmediatamente en un Hemocue, que además de obtener el valor de hemoglobina para ser registrado en el cuestionario individual de la encuesta, permitió poder informarle a la mujer si ella o alguno de sus hijos o hijas presentaban algún nivel de anemia. En aquellos casos en los que el resultado para anemia fue positivo, las encuestadoras y/o supervisoras entregaron un tratamiento de hierro para 3 meses y una referencia al establecimiento de salud más cercano para que obtuviera un seguimiento adecuado. Los valores obtenidos con el Hemocue fueron ajustados por la altitud sobre el nivel del mar, la edad y el embarazo. A nivel nacional se estima que 47.7 por ciento de los niños y niñas de 6 a 59 meses tienen anemia, cifra 8 puntos porcentuales mayores que el 39.7 por ciento en 2002. La prevalencia de anemia no varía mucho entre áreas urbanas y rurales (46.2 y 48.6 por ciento) o por regiones del país, con un rango entre 40.7 por ciento en la región Metropolitana y 52.2 por ciento en la región Nor-Oriente. Los quintiles económicos bajos tienen mayores niveles de anemia, sin embargo se observan niveles altos en el quintil económico más alto (39.8 por ciento). No se observan grandes diferencias en la prevalencia de anemia según sexo del niño, el intervalo intergenésico o el orden de nacimiento; pero por el contrario, hay una relación fuerte entre edad del niño o niña y prevalencia de anemia. La prevalencia de anemia en niños o niñas, de 6 a 11 meses es 72.1 por ciento y descende con la edad llegando a 31.0 por ciento en niños y niñas de 48 a 59 meses. Los cambios en anemia en niños y niñas entre las encuestas anteriores en 2002 y 2008/09, por área y región de residencia. Se observa que el incremento ha sido mayor en áreas urbanas (de 35.2 a 46.2 por ciento) que en áreas rurales (de 41.8 a 48.6 por ciento). De tal manera que en la última encuesta casi no hay diferencia entre las 2 áreas. También se observan diferencias en el incremento en anemia según regiones. La región Central registra el incremento mayor de 17.2 puntos porcentuales (de 34.7 a 51.9 por ciento) mientras no hubo cambio en la Nor-Occidente (47.4 y 47.5 por ciento). Otras regiones con incrementos sustanciales son Sur-Oriente (11.2 puntos), Petén (10.6 puntos), Norte (10.7 puntos) y la Metropolitana (8 puntos).

(2)

ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES

Mujeres de 15 a 49 años de edad

Anemia

La prevalencia de anemia para las mujeres de 15 a 49 años de edad que al momento de la entrevista estaban embarazadas o tenían un hijo o hija de 6 a 59 meses de edad. Los datos están separados para las que no estaban embarazadas y las que si lo estaban. Se puede observar que la cifra estimada a nivel nacional para las no embarazadas es de 21.4 por ciento. Hay leve variación entre el área urbana y la rural (19.1 contra 23.1 por ciento, respectivamente). La prevalencia por región varía en un rango de 13.8 por ciento en la Sur-

Oriente, a 27.4 por ciento en la Nor-Oriente. Las diferencias según departamento, con una variación entre 35.3 en Izabal y 12.9 en Santa Rosa para las no embarazadas.

Se observan diferencias según grupo étnico, nivel de educación y quintil económico. Las diferencias relativas según estas características, parecen ser más importantes para las mujeres (no embarazadas) que las diferencias para las hijas e hijos de ellas. Por ejemplo, la anemia para mujeres sin educación es 27.8 por ciento y la anemia para hijos de estas mujeres es 48.3 por ciento, mientras es 15.6 por ciento para mujeres con educación superior y 36.0 por ciento para hijos de estas mujeres. Aunque la diferencia absoluta es 12.3 puntos porcentuales para ambos, mujeres y niños, la diferencia relativa al nivel para mujeres sin educación es mayor para mujeres que para sus niños o niñas (12.3/27.8 versus 12.3/48.3).

Anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad no embarazadas y embarazadas

Porcentaje (*) de mujeres de 15 a 49 años de edad no embarazadas que tuvieron un hijo o hija en los 5 años anteriores a la encuesta, con anemia; y porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad, embarazadas en el momento de la encuesta, con anemia, según características geográficas. ENSMI-2008/09

La prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad, 1 por ciento es mayor que la observada para las mujeres no embarazadas, 21.4 por ciento

Generalmente, las diferencias en anemia para mujeres embarazadas son semejantes a las mujeres no embarazadas, pero el nivel es más alto, las comparaciones de prevalencia de anemia entre 2002 y 2008/09 para mujeres embarazadas y mujeres no embarazadas, pero con hijos o hijas menores de 60 meses de edad. Esto evidencia que la anemia ha aumentado más en las áreas urbanas (de 16.5 a 19.1 por ciento) que en las áreas rurales (de 22.3 a 23.1 por ciento).

Estatura de las madres

La estatura de la madre es un indicador indirecto de su situación social y económica, puesto que refleja el efecto acumulado en el tiempo de variables genéticas y ambientales, tales como su alimentación, salud, factores psicológicos número y espaciamiento entre sus hermanos o hermanas, entre otras. La talla es importante en mujeres de 15 a 49 años de edad, pues se ha encontrado asociación entre la talla materna y peso del niño o niña al nacer, la supervivencia infantil, la mortalidad materna, las complicaciones del embarazo y parto, y la duración de lactancia materna. Por el hecho de haber finalizado el crecimiento físico, una sola medición de la estatura de la mujer es suficiente para valorar el estado nutricional en lo referente al crecimiento lineal.

Para las mujeres que tuvieron niñas o niños en los 5 años anteriores a la encuesta. Se presenta, por características seleccionadas, el promedio de la talla y el porcentaje de mujeres por debajo del punto crítico de 145 centímetros. La estatura promedio de la mujer guatemalteca que ha tenido hijos o hijas en los 5 años antes de la encuesta, es de 148 centímetros, un poco menor que la estatura promedio de 149.2 de la ENSMI-2002. El

porcentaje de madres con estatura menor del valor crítico de 145 centímetros aumentó a 31.2 por ciento comparado con la ENSMI-2002, en la que 25.4 por ciento de las madres tenían menos de 145 centímetros. tienen un valor promedio de talla de 8.7 centímetros más que las mujeres sin educación, sólo el 19.0 por ciento de las madres no indígenas tienen estatura menor de 145 centímetros, comparado con 48.3 por ciento de las madres indígenas. De las mujeres que tuvieron niñas o niños en los 5 años anteriores de la encuesta, 1.6 por ciento muestra un bajo peso. En comparación, 35.1 por ciento tienen sobrepeso y 15.4 por ciento son obesas. Las más altas tasas de obesidad se encuentran en mujeres no indígenas (18.3 por ciento), con educación superior (19.9 por ciento), y en edades de 35 a 44 años (22.4 por ciento), también lo demuestra tendencias en la IMC promedio, según área, región y nivel de educación. No se observa cambios importantes en el promedio. Sobre el subconjunto de madres clasificado con sobrepeso u obesidad. El porcentaje de estas mujeres a quienes un profesional de salud les dijo su condición de sobrepeso y de ellas que porcentaje sigue un programa para bajar de peso. A nivel nacional, 15.6 por ciento de las madres con sobrepeso fue informado de su condición y 37.2 por ciento de las informadas había seguido un programa para bajar de peso. El porcentaje informado de su problema es mucho mayor para mujeres de educación secundaria y superior (30.2 y 46.8 por ciento) y en los quintiles 4 y 5 (25.0 y 38.9 por ciento). También los mismos grupos de mujeres tienen mayor probabilidad de seguir un programa para bajar de peso.

(2)

Prácticas dentro de protocolos y guías de atención se encuentran.

El lavado de manos y higiene se observa en las guías de atención a neonato, adolescentes, como prevención de enfermedades, aunque la medicina basada en evidencia muestra que debería ampliarse a todos los ámbitos sociales, siendo una de las mejores prácticas costo-efectivas.

Con lo que respecta al retraso en el pinzamiento del cordón, también se encuentra en la guía de atención a la mujer, con la salvedad que dicho proceso ayuda a la disminución de problemas anémicos en el recién nacido y lactante.

Prácticas de contacto de piel a piel, madre y recién nacido en pos-parto. Lactancia precoz e inmediata.

Lactancia exclusiva.

17.- El Manual de Normas de Atención Integral 2010. MSPAS DE GUATEMALA.

18.- Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. OPS 2007.

ATENCIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Neonato (De 0 a 28 días)

Acciones preventivas	Frecuencia
Evaluación de peso y longitud	Una vez
Evaluación de perímetro braquial	Una vez

Lactante (De 29 días a 1 año)

Acciones preventivas	Frecuencia
Monitoreo del Crecimiento, toma de longitud y peso.	Peso mensual y longitud cada 6 meses
Suplementación con micronutrientes	Vitamina A y Micronutrientes Espolvoreados a los 6 meses.
Evaluación de estado nutricional (peso/talla)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el niño llega por primera vez al servicio. • Cuando se sospecha que el niño/a tiene desnutrición. • Cuando en dos o más controles seguidos no aumenta de peso.

Niñez (De 1 año a cinco años)

Acciones preventivas	Frecuencia
Monitoreo del Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Peso: 1 a < 2 años mensual; 2 a <3 años cada 3 meses; 3 <5 años cada 6 meses. • Talla cada seis meses, sin importar la edad.
Suplementación con micronutrientes	Vitamina A y micronutrientes espolvoreados cada seis meses. (8 entregas a partir de un año hasta los cinco años)
Evaluación de estado nutricional (peso/talla)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el niño llega por primera vez al servicio. • Cuando se sospecha que el niño/a tiene desnutrición. • Cuando en dos o más controles seguidos no aumenta de peso.

11.-Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto.

Medicamentos y micronutrientes, solo para municipios priorizados
Se está evaluado a compra para el tratamiento y prevención de diferentes enfermedades, las cuales se detallan a continuación.

Medicamento	Presentación	Precio	Cantidad	Población	Costo de Tratamientos por año en quetzales	Observaciones
¹ Amoxicilina 250mg/ 5ml*	Frasco 60ml	Q. 10.30 frasco	2 frascos por niño por tratamiento	Proyección según datos 2010 1,500 niños a tratarse anualmente, de los cinco departamentos	Q. 30,900.00	Para el tratamiento de la Desnutrición aguda sin complicaciones en la comunidad.
² Acido Fólico 5mg	Tableta	Q. 0.18 tableta	52 tabletas por año mujer 13 tabletas cada 3 meses	85,000 mujeres embarazadas y puérperas, de los municipios priorizados	Q.795,600.00	Suplementación para mujeres
³ Sulfato Ferroso 300 mg	Tableta	Q. 0.12 tableta	52 tabletas por año mujer 13 tabletas cada 3 meses	85,000 mujeres embarazadas y puérperas, de los municipios priorizados	Q.530,000.00	Suplementación para mujeres
□Micronutrientes Espolvoreados	Sobre 1g	Q. 0.39 sobre	120 sobres al año por niño 60 sobres cada 6	<u>193,904 niños < 5 años</u> , de los municipios priorizados, por año.	Q. 2,744,726.00	Suplementación para niños de 6 meses a menores de dos años

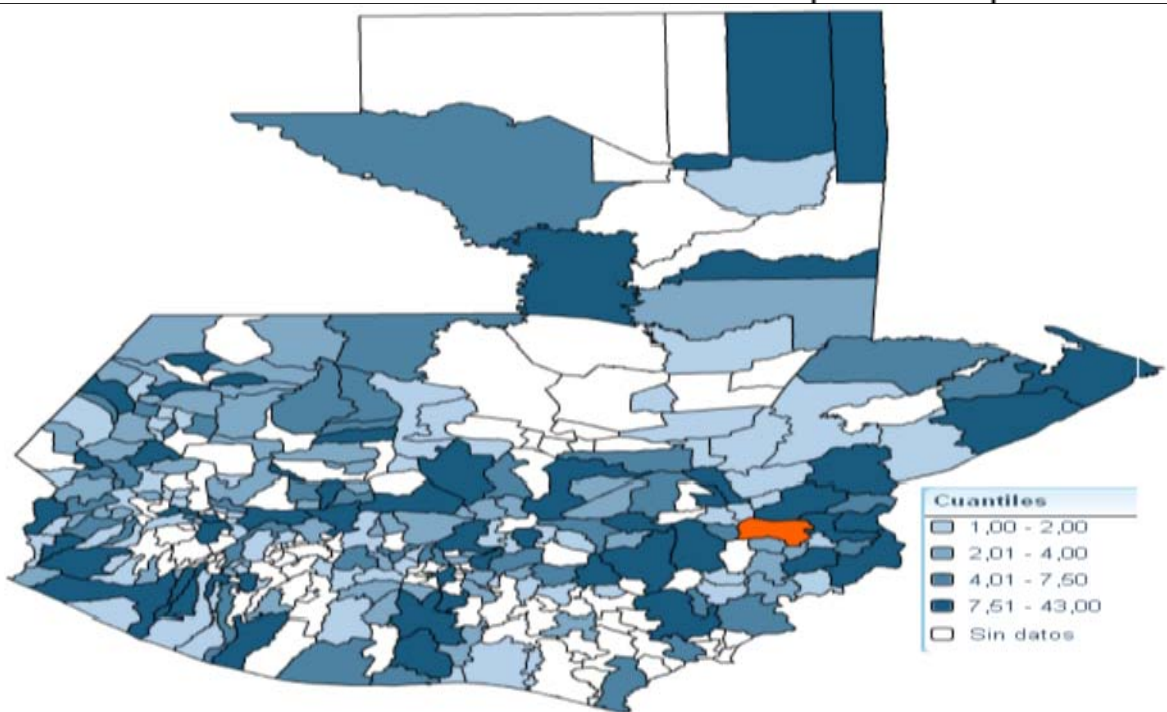
			meses	<u>58,700</u> <u>Niños < de</u> <u>2 años</u>		
□Cinc 20mg/diarrea	Tableta	Q. 0.78	10 tabletas por Niño	145,000 niños que presentan diarrea en un año, de los cinco departamen tos (fuente SIGSA 7 , 2010) Por lo tanto se proyectaron <u>72,500</u> niños de municipios priorizados	Q565,500.0 0	Para tratamiento de diarrea, solo de un año.
□Desparasita nte (albendazol 100mg/5ml) suspensión en frasco	Frasco	Q. 4.15	2 frascos al año por niño 1 cada 6 meses a partir de los dos años	135,256 Niños de dos a cinco años, de los municipios priorizados	Q.1,122,625 .00	Para tratamiento de diarrea, solo de un año
TOTAL					Q.5,789,351 .00 Anuales	\$ 723,668.88 (mayo-2011)

Fuente: PROSAN 2010, Proyecciones 2011

(9)

El mapa de la desnutrición infantil en nuestro país se agudiza, los factores descritos, en el área rural con mayor énfasis como se puede ver en las siguientes gráficas, que incluye el corredor seco del país:

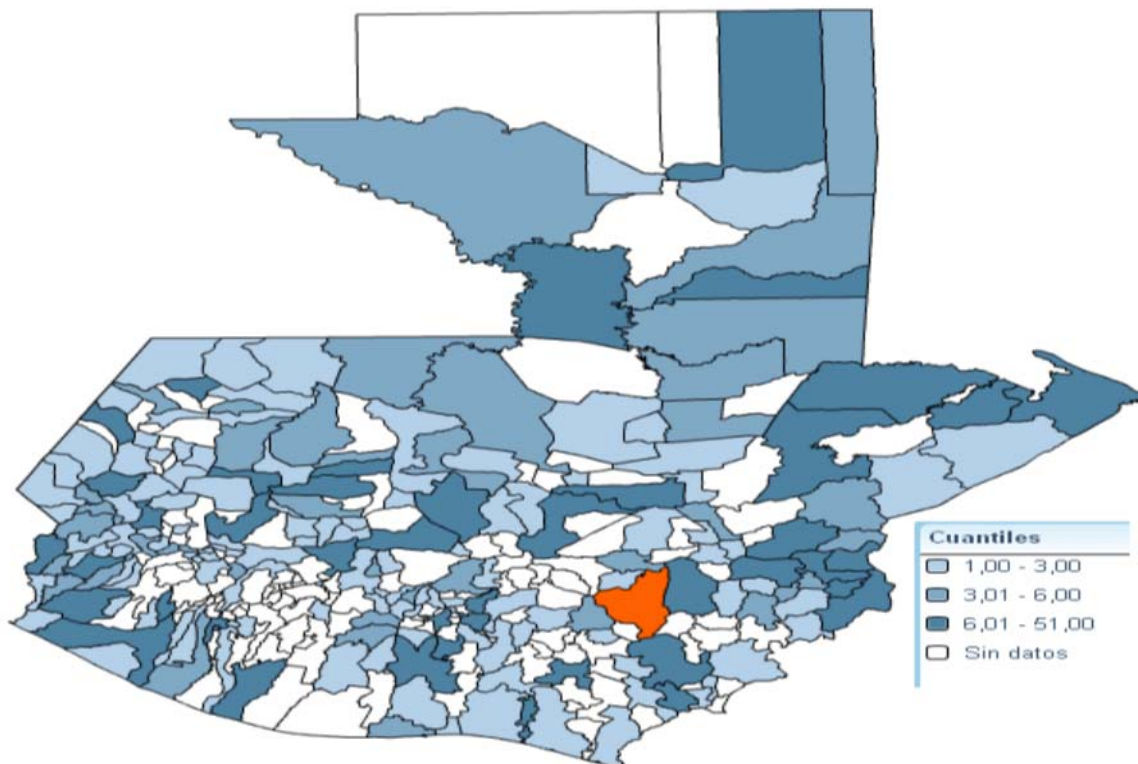
DPE moderada Menores de 5 años Casos Acumulados Hasta la 14ª semana epidemiológica PAIS REPÚBLICA DE GUATEMALA por Municipio Años 2010 - 2011 Ambos sexos		
MUNICIPIO	2010	2011
Chiquimula	28	43
Jalapa	80	40
San Pedro Pinula	66	37
Antigua Guatemala	167	34
La Democracia	0	32
Jutiapa	9	32
Escuintla	15	31
Puerto Barrios	12	30
Coatepeque	40	27
Chichicastenango	22	26
Zacapa	53	26
Tiquisate	0	25
Cajolá	5	24
Mazatenango	0	24
San Sebastian Coatán	6	24
Esquipulas	5	24
Camotán	18	22
Melchor de Mencos	0	21
Cubulco	10	20
Totonicapán	3	18
Joyabaj	2	18
Santa Cruz Muluá	1	17
Pajapita	2	17
Salamá	3	17
Retalhuleu	0	15
Soloma	2	15
Mixco	25	14
San Miguel Ixtahuacán	6	14
Cunén	7	14
Jocotán	26	14



En la relación a la desnutrición moderada.
Fuente Prosan mayo, 2011.

También se muestra desnutrición severa en el siguiente cuadro:

DPE Severa Menores de 5 años Casos Acumulados Hasta la 14ª semana epidemiológica PAIS REPÚBLICA DE GUATEMALA por Municipio Años 2010 - 2011 Ambos sexos		
MUNICIPIO	2010	2011
Jalapa	70	51
Malacatán	3	41
Jutiapa	30	37
Escuintla	20	27
Camotán	11	27
Puerto Barrios	9	25
Zacapa	25	25
Antigua Guatemala	22	21
Tiquisate	13	21
Coatepeque	23	21
Concepción Tutuapa	19	18
Chichicastenango	8	17
Huehuetenango	24	16
Jocotán	26	14
San Pedro Pinula	15	14
Comapa	1	14
Villa Nueva	0	13
Mazatenango	0	13
Nuevo San Carlos	0	13
Joyabaj	2	13
Chiquimula	29	13
La Democracia	0	12
San Sebastián Coatán	2	12
Poptún	7	12
Esquipulas	24	12
Mixco	2	11
Guazacapán	0	11
Olopa	11	11



Fuente PROSAN, mayo 2011

El programa mundial de alimentos, continua fortaleciendo el proceso de reservas de alimentos para el país, ya que por sí solo el país no cuenta con las reservas necesarias para mejorar a corto plazo la sustentabilidad de los mismos, es decir que el problema solo está paliándose, no se está llegando al fondo, se debe realizar un proceso a gran escala y a la vez focalizado, con actores de gobernanza que deseen hacer el cambio, no solo a nivel salud, sino a nivel de los ministerios de educación, con el proceso de enseñanza tutorial del analfabetismo, agricultura sistema de enseñanza de mejoramiento de los cultivos según el caso de cada área geográfica y según las capacidades micro regionalizados como micro riego, horticultura, etc., en economía, la reactivación del país como tal, dándole un impulso al proceso anterior, a nivel de finanzas publicas dar una preferencia a este proceso, encausando los recursos necesarios a sistemas de producción, sin olvidar al medio ambiente y de cultura y deportes evaluando la pertinencia intercultural.

No habrá algún cambio, si no se empieza a trabajar en un plan general, basado en la agricultura básica de las regiones, invirtiendo en programas y alianzas que apoyen este proceso, con una coordinación estratégica, haciendo una evaluación específica, un monitoreo de estos procesos para romper con lo tradicional.

La integración de los actores, que vas desde el propio gobierno central, como los gobiernos locales, el estrato político, las autoridades directas y de campo, además del apoyo de otras organizaciones nacionales e internacionales que estén sensibilizadas en el tema de la desnutrición, hay que agregar todas las instituciones centros educativos privados, universidades, financieras programas e incluso congregaciones de Fe (iglesias)

La coordinación deberá ser regida por las entidades encargadas de este proceso para no repetir proceso que ya se conocen y que no han dado resultado, serán la SESAN secretaria de seguridad, MESAN mesa de salud y nutrición, la forma operativa deberá ser promovida por PESAN, promoviendo la actualización de datos continuos mensuales del PROSAN, y de allí a toda la gama de sistemas nacionales e internacionales.

La participación de la comunidad como grupo meta debe llevarse a cabo en forma clara con responsabilidad garantizando el derecho de cada individuo con equidad, asegurando la sostenibilidad y el real deseo de cambio por medio de todos los actores involucrados. Par tomar decisiones en conjunto, fortaleciendo y empoderando a los grupos comunitarios como cirulos de mujeres y adolescentes estos últimos en procesos educativos y para el cambio de comportamiento, los cuales han sido relegados por mucho tiempo.

Fortaleciendo cada uno de sectores comprometidos se buscara llegar a los objetivos del milenio que si bien se ven muy cerca, la lucha conjunta podrá apoyar al logro de este proceso, no es fácil, pero sin una decisión firme e incondicional sorteando los proceso negativos de cada sector tanto nacional como local, no llegaremos a donde nuestra población debería de estar, con mejores condiciones de vida, como derecho humano que toda sociedad deberá proporcionar a sus habitantes.

Bibliografía

1. Normas para la Iniciativa de Servicios de Salud Amigo de la Lactancia Materna (2006)
2. V Encuesta de salud materno-infantil ESMNI 2008-09.

3. Estrategias 2010 para el abordaje integral de la niña y el niño con Desnutrición Aguda
4. Decreto Ley No. 44-92, “Ley General de Enriquecimiento de alimentos”
5. Acuerdo Gubernativo No. 021-2000, “Reglamento para la fortificación del azúcar con vitamina A”
6. Acuerdo Gubernativo No. 715-2003, “Reglamento para la fortificación de la sal con yodo sal con yodo y flúor.”
7. Acuerdo Gubernativo No. 0324-2007, “Reglamento técnico centroamericano RTCA 67.01.15:07 Harinas, harinas de trigo fortificada.
8. Encuesta con una población de referencia de NCHS/ CDC/OMS.
9. Entrevista con Licda. Beatriz Ruano Directora de Prosan 2011.
10. Retomando el tema de la Lactancia Materna en la región de América Latina y el Caribe-un compromiso UNICEF 2009. Situation de la Lactancia Materna en Guatemala.2006.
11. Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto.
12. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2009.
13. OPS/OMS. Alcanzando los objetivos del Milenio 2008.
14. OMS. Patrón Internacional de Crecimiento Infantil 2006.
15. Política de desarrollo social y población en materia de salud 2006
16. Manual de capacitación para personal institucional sobre cuidados del recién nacido 2008.
17. El Manual de Normas de Atención Integral 2010. MSPAS DE GUATEMALA.
18. Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. OPS ©2007.

SALUD MATERNA, SEXUAL REPRODUCTIVA Y NEONATAL:

8. Verificar si para el tema de salud materna, sexual-reproductiva y neonatal se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales)
9. Salud materna: revisar y analizar de las políticas específicas y protocolos dirigidos a la atención obstétrica de emergencia, y el manejo activo de la tercera fase del trabajo de parto para prevenir la hemorragia posparto, en el marco de la atención a la salud materna.
10. Revisar la aplicación a nivel de normas y protocolos de las mejores prácticas para: reducir la mortalidad materna ocasionada por hemorragia posparto vaginal, reducir la mortalidad materna ocasionada por eclampsia, reducir la mortalidad materna ocasionada por infección posparto y para reducir la mortalidad materna ocasionada por aborto séptico, u otras causas asociadas a la mortalidad materna.
11. Salud neonatal: Revisar y analizar de las normas relacionadas con el paquete de atención esencial para el recién nacido y el paquete de atención de emergencia para el recién nacido
12. Salud sexual y reproductiva (planificación familiar): Revisar y verificar a nivel de las normas y disposiciones de salud si estas permiten efectivamente implementar servicios de calidad de planificación familiar para adolescentes, garantizar el acceso a los servicios de por lo menos seis métodos anticonceptivos en puestos de salud, garantizar el acceso libre, informado y voluntario a la vasectomía en hospitales y centros de salud acreditados, a la asesoría y servicios de anticoncepción posteriores al parto o a un aborto, de conformidad con las políticas de fortalecimiento de la atención en salud sexual y reproductiva.
13. Analizar si las políticas y normativas vigentes apuntan a una integración / articulación del pilar de salud materna, neonatal y sexual-reproductiva

Programa de salud reproductiva.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Siendo el PNSR un ente de la Salud Sexual y Reproductiva, teniendo entre uno de sus estatutos ser un ente normativo, el cual cuenta actualmente con protocolos guías y manuales de todos y cada uno de sus componentes entre los cuales se cuentan: Salud Materno Neonatal: la **Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto**, la cual ha sido elaborado por asesores del PNSR conjuntamente con personal del Viceministerio de Hospitales, Asociación de Ginecólogos y obstetras de Guatemala, agencias donantes como USAID/HCI, UNFPA,OPS,

APROFAM (ONG) IRH Universidad de Georgetown, UNICEF, Sociedad de Pediatría de Guatemala, Guía de Planificación Familiar, Protocolo de vasectomía sin bisturí, Guía para la colocación de DIU, todos y cada uno de los aspectos que se enumeran en los protocolos guías y manuales están basados en evidencia científica.

El Programa Nacional de Salud Sexual y reproductiva del MSPAS tiene al momento protocolo dirigidos a mejorar las competencias, conocimientos y destrezas de las personas que atienden partos en todos los servicios del MSPAS (CAP; CAIMI; CENAPA; HOSPITALES) la **Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto**. Así como el PNSR por medio de médicos ginecólogos obstetras da capacitación a todo el personal de los hospitales de Guatemala, sobre emergencias obstétricas, uso institucional del partograma, manejo activo de la tercera etapa del parto, no episiotomía, y manejo de hemorragia post parto, etc. **A la vez se cuenta con la Ley para la Maternidad Saludable Decreto 32-2010** en la página uno se puede leer textualmente segundo ítem, Que el estado de Guatemala, ha ratificado instrumentos de derechos humanos como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAM), y asumiendo compromisos con los establecido en la plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, el plan de Acción Mundial de Población de Desarrollo, la Cumbre del Milenio de la Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivos se refiere a reducir la mortalidad infantil y a mejorar la salud materna, por lo que el estado de Guatemala debe armonizar su ordenamiento jurídico interno con estos compromisos. En la página 2 capítulo I Disposiciones Generales Artículo 1. Objetivo de la ley. La presente ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes durante el embarazo, parto o postparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.

Dicha ley en todos y cada uno de sus capítulos, artículos, instituciones responsables, que tienen entre sus fines servicios de salud, y que estén contratadas por el MSPAS: Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal y sus entes responsables, atención obligatoria durante el parto, es de mencionar en el artículo 9. Inciso b) las niñas y adolescentes recibirán atención diferenciada tomando en cuenta su edad, etnia y escolaridad. Servicios y recurso humano acreditado para los servicios de atención materno-neonatal, todas las personas que atiendan partos la acreditación del personal, con estándares de calidad y con calidez para la atención del parto, posparto y neonato en clínicas de los servicios del MSPAS como Hospitales privados.

En la página 9 Artículo VII Artículo 25. Financiamiento. Criterios presupuestarios, esta ley y este artículo están en concordancia con la ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el PNSR, en el capítulo VIII disposiciones complementarias artículo 27 y artículo 25.

Todas y cada una de las normas guías y protocolos del PNSR han sido operativizadas a nivel de todos y cada uno de los servicios de atención materno neonatal, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la implementación de la **Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto**. Ha sido implementada en todos los servicios de atención del parto, esto se ha llevado a cabo por medio de capacitaciones, magistrales y capacitación en servicios (anadragógica) así como se han utilizado instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación, los cuales se encuentran en la misma guía-

Así mismo con el apoyo de POHPPI/USAID, MSPAS Asociación Guatemalteca de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, se llevó a cabo el estudio de introducción de dispositivo de Uniject (oxitocina 10 unidades) para el manejo del MATEP (manejo activo de la tercera etapa del parto) en los servicios del área norte del país, en hospital Nacional de Alta Verapaz, CAIMI de San Cristóbal, CAP de Carcha, CAP de Chisec, Hospitales Distritales de la Tinta y Fray Bartolomé de las Casas, se cuenta con un protocolo de estudio, instrumentos para la recolección de datos, instrumentos de supervisión monitoreo y evaluación los resultados se estarán presentando a todo el país durante el mes de junio 2011.

A la vez se cuenta con un Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva 2010-2015 En el cual cuenta con marco legal y político, nacional e internacional de la SSRR, Análisis de la problemática, modelo de las cuatro demoras, misión, visión, propósito, objetivos estratégicos/operacionales anexos, bibliografía, glosario de siglas, entre su visión para el año 2015 la población Guatemalteca goza de salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, mediante la atención integral, con enfoque de género, con calidad, calidez y pertinencia cultural, reduciendo la morbilidad y mortalidad materna-neonatal.

En su Misión: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, como institución rectora, garantiza el ejercicio del derecho a la salud reproductiva integral de la población, estableciendo normas y lineamientos para la promoción, prevención, atención y recuperación de la salud reproductiva, con enfoque de género e interculturalidad para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna neonatal.

El Protocolo de la vigilancia de la Muerte Materna, en el cual se puede leer la muerte materna es un evento que puede prevenirse, aquí radica principalmente la

importancia de su vigilancia en Salud Pública, su ocurrencia afecta la integridad del núcleo familiar y por consecuencia la estructura social en general. La mortalidad materna tiene implicaciones en la esfera social, económica y sanitaria. Guatemala ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna utilizando el Plan estratégico de reducción de mortalidad materna, el cual está basado en el análisis e intervención del modelo explicativo de las cuatro demoras. Es de hacer notar que cada 07 de 10 partos ser resuelven en sus casas o en la casa de la comadrona, según la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009.-

El PNSR/MSPAS ha realizado el Protocolo de la Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10-54años) para la identificación de las muertes maternas.

Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto. Cuenta con varios capítulos para la atención integrada del Recién Nacido, la cual ha sido implementada en todos los servicios del MSPAS de atención del parto. Así mismo la Asociación de ginecología y Obstetricia de Guatemala, conjuntamente con el MSPAS/PNSR y la sociedad de Ginecología y obstetricia de Canadá han apoyado desde 2001 al PNSR y a los servicios de atención del parto y recién nacido con un programa ALERTA Internacional un programa para reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, entre uno de sus capítulos esta cuidados del Recién Nacido Normal y complicado dicha capacitación para las personas que atienden partos consiste en teórico y normal con modelos pélvicos y modelos de Recién Nacidos. Entre otras de las intervenciones que el PNSR ha reproducido el Manual para la intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales ya que estas en su mayoría son la que atienden 07 de cada 10 partos en casa, de esos también se ha trabajado varios manuales para capacitación a comadronas sobre el embarazo, Atención del parto limpio en la comunidad, Atención a la mujer en el post parto, Cuidados del Recién nacido/a en la comunidad y Salud reproductiva manual sobre métodos de planificación familiar para personal institucional.

Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el MSPAS agencias cooperantes la Sociedad Civil, Colegios de Médicos de Guatemala, Asociación de ginecología y obstetricia de Guatemala, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, promulga y es aprobada por el congreso de la república de Guatemala la **Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Decreto número 87-2005.**

Previo a todo esto y desde el año 2001 también tiene aprobación por el congreso de la República de Guatemala, la ley de desarrollo social decreto 42-2001 la cual le da

todo el marco legal al PNSR, de todo esto se derivan varias acciones a favor de la Planificación familiar como es el **Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos**, en la cual la visión para el año 2015 la CNAA ha contribuido al desarrollo de mecanismos que permiten la disponibilidad asegurada de insumos de anticonceptivos, el acceso a educación e información sobre sexualidad humana y la provisión de servicios de Planificación Familiar, en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, con el enfoque de género y étnico y nivel nacional. En Visión somos la comisión multisectorial nacional que asesora, propone e incide en políticas y estrategias para asegurar la disponibilidad y el abastecimiento de insumos anticonceptivos de calidad para la población guatemalteca, que permitan la sostenibilidad política, financiera y logística de los servicios de planificación familiar, en el corto, mediano y largo plazo, dichas instancias han favorecido para presionar la compra y asegurar la mejor inversión del gasto en métodos de planificación familiar ya que se espera para este año 2011 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social compre el cien por ciento de los métodos anticonceptivos.

Así mismo existe una guía Nacional de Planificación Familiar 2010 ha sido revisada no solo por los asesores del PNSR y del componente de Planificación familiar, sino con la colaboración de agencias donantes, sociedad civil, instancia de mujeres el observatorio de Salud Sexual y Reproductiva que es una entidad la cual vela por que la ley del Acceso universal y equitativo de servicios de planificación Familiar y su integración con el programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva el porcentaje del 15 por ciento que se percibe por la venta de bebidas alcohólicas y fermentadas sean bien utilizados en todos y cada uno de los rubros de la Salud Sexual y Reproductiva del país.

El PNSR cuenta con manuales como es: el manual de capacitación para la inserción de DIU en los servicios de atención del MSPAS, protocolo de vasectomía sin bisturí, el cual se ha retomado en este año al llevar a cabo, la capacitación de los 45 Hospitales de la Red Nacional sobre retomando y fortaleciendo el Evento Post Obstétrico como una oferta sistemática de los métodos temporales definitivos y naturales, como una oportunidad para aquella mujer que llega a los servicios de atención del parto, se le oferte, y se le provea una consejería balanceada, para que todas tengan oportunidad de tomar o postergar un método de Planificación Familiar.

Se han efectuado estudios los cuales han venido a fortalecer la oferta sistemática de métodos de planificación familiar como: estudio de Barreras para el acceso a la Planificación Familiar de la Población Indígena, Guatemala diciembre 2008; Lineamientos para la estrategia nacional de Planificación Familiar en Guatemala, Guatemala, 2008; Segmentación del mercado de servicios de Planificación Familiar en Guatemala, USAID/MSPAS, septiembre 2006; lo mismo se cuenta con el protocolo de logística de métodos de Planificación familiar que da todas la logística a los servicios que proveen métodos de Planificación Familiar en el MSPAS. Estudio de Barreras Médica e institucionales para la prestación de servicios de

Planificación Familiar en Guatemala, 2003; guía para la capacitación sobre Consejería Balanceada en métodos de Planificación Familiar, USAID/PNSR; Se cuenta con guía para métodos Naturales método del collar y MELA (método de lactancia y amenorrea) los cuales han sido apoyados por IRH Universidad de Georgetown, USAID y el PNSR los cuales han venido a dar una oportunidad a las mujeres que desean utilizar métodos naturales, como lo estipula la ley.

En la Ley de acceso Universal a la PF; capítulo II Artículo 9. Se lee textualmente: Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, el MSPAS y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en coordinación con otras organizaciones públicas privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos: el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades. Así también el PNSR cuenta con un Modelo de Atención Integral y Diferenciado para los y las Adolescentes Guatemala, 2008.

A Nivel de la Comunidad el PNSR cuenta con el texto de estudio y consulta. A la Guía para capacitar a comadronas tradicionales en Planificación Familiar, es un texto sumamente andragógica ya que está dirigido a personal comunitarios especialmente mujeres y a veces en su mayoría no saben leer ni escribir, pero estas mujeres son líderes en sus comunidades y las mujeres y hombres confían plenamente en ellas (comadronas) lo cual es de aprovechar esta oportunidad que tienen las usuarias de saber de los métodos de Planificación Familiar. A la vez se está trabajando para mejorar la Guía de Planificación Familiar en la cual es Facilitador comunitario provea otros métodos de PF como sería el inyectable mensual y el trimestral, por lo cual se le tendrá que hacer una adendum a dicha guía de PF.

Se está retomando el Evento Post Obstétrico en los servicios de atención del parto en los 22 departamentos de la república de Guatemala, por lo cual todos los médicos que atienden partos se les estará capacitando de la técnica de vasectomía sin vistoria, por lo cual el MSPAS cuenta con un centro de capacitación en la maternidad de la Primero de Julio zona 19 y ahí es donde los médicos se capacitarán, para proveer dicho métodos a los hombres que así lo deseen.

Se llevó a cabo una recopilación de estudios de Avances en la Atención Posaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, aplicando y expandiendo, IPAS, Population Council y el MSPAS en la página 34 capítulo 4 Calidad de la atención del servicio de atención posaborto en Guatemala, así mismo se está trabajando sobre la guía de atención del posaborto del PNSR la cual será implementada en todos los servicios de atención del parto del MSPAS, se contará con capacitación a

todos los proveedores de los 45 hospitales de la red Nacional para que continúen y fortalezcan la aspiración manual endo-uterina (AMEU)

Si existen algunas políticas y normativas (guías, protocolos y manuales) y leyes han venido a fortalecer los procesos de Salud Sexual y reproductiva, específicamente en los temas de Mortalidad Materna-Neonatal, Planificación Familiar, ya que estos están en el marco legal y están siendo fortalecido por decretos y leyes los cuales hacen que sean más sostenibles desde el punto de vista económico como de componentes, La ley de Acceso universal y equitativo de servicios de la Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el cual recauda el 15% de las bebidas alcohólicas y este dinero es únicamente utilizado para todas las actividades de Salud Sexual y Reproductiva, lo cual le está dando un soporte legal y económico para todas y cada una de las acciones que emprenda el PNSR, por otra parte la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos es el ente que asesor propone e incide en política y estrategias para asegurar la disponibilidad el abastecimiento de métodos de Planificación Familiar. Todas las Guías, Protocolos y manuales es de suma importancia implementarlos en todos y cada uno de los servicios de atención del parto del MSPAS como una estrategia de estado y no como una política más, ya que de esta manera se estarán operativizadas y actualizando de acuerdo a las normas del MSPAS basados en evidencia científica.

Conclusión:

La mortalidad materna neonatal, sigue siendo una tarea difícil para el ministerio de Salud Pública, con todas las leyes, decretos, normas, etc., aun continua siendo difícil, tener 2 muertes maternas diarias, con las mismas causas que denotan la literatura mundial, hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo y las infecciones, y eso sin contar la cantidad de neonatos con la misma suerte, y con las mismas condiciones de prematuros, bajo peso y asfixia perinatal, no sólo a nivel institucional, lo cuales se logran cuantificar parcialmente, sin mencionar los que ocurren en las comunidades aún sin cuantificar. Además no cuantificamos las lesiones que pueden sufrir este binomio sin no hay desenlace fatal, con lesiones sencillas o francamente problemáticas, resultando una carga también para el servicio de salud. Aunque la mayoría migra hacia servicios privados con estas lesiones, la prevención continua en forma curativa, no preventiva, lo cual conlleva más gastos para el tratamiento que para la prevención, la utilización de prácticas basadas en evidencia muestran que el control, prenatal, adecuado, uso de micronutrientes, atención de parto limpio y seguro, parto institucional con proveedor calificado, uso de partograma y manejo activo del tercer estadio del parto, cuidados rutinario del puerperio y del recién nacido, el uso de hemoderivados, con formación de bancos de sangre y/o depósitos de sangre, el tratamiento antihipertensivo y el uso de antibióticos, han marcado diferencia a nivel de los servicios de salud, pero aún falta en la parte comunitaria, donde se llevan a cabo más del 70% de los partos, son múltiples los factores que influyen en esta situación, según la ENSMI 008-09.

Todos los acciones que se han realizado solo llegan a nivel institucional, se debería actuar sobre la gran población desprotegida, no solo cambiando de nombre los servicios de salud, sino dándole el nombre por medio de decreto ministerial, lo cual conllevaría aumento de presupuesto a todo nivel, mejorando la imagen de los servicios de salud hacia la comunidad, esto si daría mejoramiento de calidad lo cual redundaría en aumento de coberturas de todo tipo, y claro haciendo incidencia en la disminución de morbilidad materna y neonatal, la atención a nivel de la comunidad, debe ser más puntual y con atención multifactorial, donde todos los actores que están dentro de la misma no se pueden quedar fuera del proceso, que también involucre a entidades estatales, municipales, educativas, de agricultura, comunicaciones y obras públicas, que tengan parte en el servicio hacia la comunidad, y empoderar a misma con el conocimiento de mejora en forma general.

Será una campaña grande pero localizada en sectores donde se concentra la mayoría de las muertes maternas, aplicando las leyes, normas, etc., pero lo más importante dándoles un seguimiento real y específico, no solo de palabra, aquí sería factible el enlace con las organizaciones civiles de mujeres, el Observatorio de Salud Reproductiva, y todas las organizaciones de mujeres organizadas para empoderarlas para exigir lo que por derecho merecen. Lo mismo sería para la atención a los recién nacidos.

Una de la mejores acciones costo-efectivas sobre la mortalidad materno-neonatal en la planificación familiar, la cual en nuestro país cuenta con una demanda insatisfecha muy grande, más en la regiones donde ocurre las muertes del binomio madre-hijo, se observa que el programa nacional de salud reproductiva, continua la utilización del pos evento obstétrico, el cual es positivo, pero conlleva gasto grande en capacitación e insumos, además los servicios de salud son pocos, los que han mejorado sus coberturas, dejando la comunidad sin un enlace cobertura mayor. Aquí se encontraría la mejor forma de atención con pertinencia cultural, con facilitadores comunitarios que pueden ofertar la gama de servicios de planificación familiar, iniciando este proceso desde el control prenatal, haciendo mayor énfasis en el periodo del puerperio, con el acompañamiento de educación continua, el cambio del gasto por información y oferta a nivel de la comunidad, haría mayor impacto a corto plazo; sin descuidar los procesos de anticoncepción quirúrgica voluntaria a realizarse en los servicios de parto y poder implementarlo, viéndolo como un tiempo de ganancia, realizándolo en posparto, transcesárea, o de intervalo, sin olvidar la participación de hombre en el proceso de la vasectomía, también incluyendo la consejería tanto el posparto como el posaborto.

El no llegar hasta la comunidad con la oferta sistemática, la aplicación de la educación sexual a nivel local, con periodos intergenésico adecuados, apoyados por las mismas organizaciones de mujeres, no habrá cambio a corto plazo.

Bibliografía:

1. Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto.
2. Protocolo de Vigilancia de la Muerte Materna

3. Plan estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva 2010-201
4. Informe final Línea Basal de la Mortalidad Materna para el año 2000
5. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009
6. Alerta Internacional, un Programa para Reducir la Mortalidad y la Morbilidad Materna y Neonatal.
7. Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10-54 años) para la identificación de las muertes maternas.
8. Guías Nacionales de Planificación Familiar
9. Lineamientos para la estrategia Nacional de Planificación Familiar
10. Estudio de Barreras para el Acceso a la Planificación Familiar de la Población Indígena, Guatemala, diciembre 2008
11. Manual de Capacitación en Inserción de DIU PNSR
12. Comisión de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNAA)
13. Modelo de Atención Integral y Diferenciada para las y los Adolescentes
14. Documento marco Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
15. Estudio de las Barreras médicas e institucionales para la prestación de servicios de Planificación Familiar en Guatemala, 2003
16. Avances en la Atención posaborto en América Latina y el Caribe
17. Política de desarrollo social y población en materia de salud
18. Manual cómo podemos mejorar el avance hacia una mejor atención a la salud materna
19. Documento Planificación Familiar y atención de la maternidad, beneficios para la Salud Materna e Infantil.
20. Cómo implementar estándares mundiales de atención en salud materno neonatal
21. Guía de capacitación en métodos naturales (MELA Collar)
22. Salud reproductiva Materna e Infantil en Centroamérica, tendencias y retos que enfrentan mujeres y niños, Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.
23. Texto de Estudio y consulta a la Guía para capacitar a comadronas tradicionales en Planificación Familiar
24. Manual para la intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales
25. Manual para capacitar comadronas sobre atención durante el embarazo
26. Manual de atención del parto limpio para capacitar comadronas
27. Manual para capacitar comadronas sobre atención a la mujer en el post-parto
28. Manual de capacitación para personal institucional sobre cuidados del recién nacido
29. Manual sobre métodos de Planificación Familiar para personal institucional
30. Constitución de la República de Guatemala
31. Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001
32. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de salud Reproductiva. Decreto Número 87-2005
33. Ley para la Maternidad Saludable decreto 32-2010

VACUNACIÓN:

14. Revisar y verificar las políticas y normatividad para fortalecer el marco legal para la vacunación como derecho humano: leyes para asignar financiamiento para vacunas y las responsabilidades específicas del estado
15. Identificación, revisión y análisis de las normas y disposiciones para mejorar la confiabilidad de la frecuencia de las sesiones de vacunación y comunicarlo claramente a la comunidad.
16. Identificar, revisar y analizar de Políticas y programas de incentivos de reconocimiento a las familias cuando sus niños completan los esquemas de vacunación (programas de transferencia condicionada u otros incentivos – como condicionalidad explícita)
17. Verificar la existencia y aplicación efectiva de protocolos y manuales de mercados socialmente apropiados y culturalmente sensibles acerca de los beneficios de la vacunación en áreas de difícil acceso con población indígena o colonos.
18. Evaluar la existencia y ejecución efectiva de planes para el fortalecimiento de las actividades de monitoreo y evaluación de los indicadores de inmunizaciones; así como para las actividades de la cadena de frío (entrenamiento, almacenamiento, insumos, equipos, distribución, supervisión, mantenimiento, reparación, reposición y renovación).
19. Diseñar los elementos requeridos para actualizar la normatividad y protocolización en base a la evidencia científica disponible actualizada y en base a estudios costo efectividad y costo beneficio; para la introducción de cualquier vacuna; y a la fecha actual en referencia específica a rotavirus (monovalente) y la vacuna conjugada de neumococo
20. Verificar que para la introducción de nuevas vacunas se toman en cuenta estudios de análisis, adecuación y/o fortalecimiento de la oferta fija incluyendo la disponibilidad de recursos humanos, la capacidad de almacenamiento de la cadena de frío, los gastos operativos locales de la acción de vacunación, etc.

VACUNACIÓN

En Guatemala se inició la vacunación a partir de la década de los años 40, con la administración de la vacuna contra la viruela, logrando erradicarla a inicio de los setenta. Se inicia en forma irregular y parcial con vacunas donadas contra la poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina y meningitis tuberculosa a partir de 1973, en forma de jornadas obteniendo coberturas menores de 60% de las metas.

En los 80” se inició la erradicación de la polio en las Américas lo cual se obtuvo en 1990, erradicado el virus de polio salvaje. En 1995 el ministerio inicio la compra de las vacunas con fondos propios, lo cual regularizo el programa de inmunizaciones, así las coberturas de vacunación se incrementaron progresivamente alcanzo cobertura por arriba del 90% en año 2000.

La visión del programa, eliminar o controlar las principales enfermedades prevenibles, por medio de oferta universal de las vacunas tradicionales y nuevas a la familia y comunidad con enfoque intercultural, y su misión diseñar, emitir, y actualizar periódicamente las normas de atención y lineamientos técnicos para regular los procesos de provisión de servicios de vacunación para el cumplimiento y mantenimiento de coberturas útiles, que contribuya a la reducción de la morbilidad y mortalidad. (1)

Las vacunas son una de las estrategias más eficaces y equitativas en salud pública, que permiten la prevención de enfermedades graves en la niñez y la familia. La ENSMI-2008/09 ha investigado desde sus inicios la historia de vacunación de niños y niñas menores de 5 años, permitiendo establecer indicadores de cobertura de vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles más importantes. La metodología para determinar el estado de vacunación de los niños y sus madres es similar a la utilizada en ENSMI anteriores. Si la madre muestra el carné, los datos son registrados tal y como aparecen registrados con las fechas y vacunas administradas. Si no hay carné disponible, la madre es entrevistada acerca de las vacunas que ha recibido el niño menor de 5 años.

Se ha obtenido información sobre las coberturas de vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles más importantes como tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, y sarampión/SPR. A partir del año 2001 se sustituyó la vacuna para el sarampión (VAS) por la vacuna combinada contra el sarampión, paperas y rubeola (SPR), por lo que se presentó sarampión/ SPR, también a partir del 2005 se sustituyó la vacuna PT (difteria, pertusis, tétanos), en el menor de un año por la vacuna Pentavalente, que contiene además de la DPT, antiguos contra la hepatitis B y del *Haemophilus influenzae* tipo B. Para establecer el estado de vacunación o cobertura global en cualquier momento, independiente de la edad a la que fueron administradas las vacunas, se presenta el porcentaje de niños de 12 a 59 meses de edad que reportan haber recibido las vacunas de BCG, DPT/PENTA, polio y sarampión/SPR, según grupos de edad. Los niños tenían carné de vacunación, aunque el porcentaje del mismo se reducía conforme la edad del niño probablemente como consecuencia de la pérdida del mismo por los padres; 78.6 por ciento de niños había recibido todas las vacunas y este porcentaje aumenta de 71.2 por ciento de los 12 a 23 meses, hasta 81.8 por ciento para los 48 a 59 meses, debido a los esfuerzos para aumentar las coberturas que realizan las instituciones de salud pública. La vacuna de BCG reporta una cobertura alta y consistente de 96.1 por ciento. Así mismo, la vacuna DPT/PENTA y la de poliomielitis, muestra coberturas altas de 95.9 por ciento y 91.7 por ciento para la primera y segunda dosis respectivamente.

La tercera dosis de DPT/PENTA y polio, considerada como el estándar de protección según la OMS, muestra una cobertura menor de 85.7 por ciento y 86.4 por ciento de forma global. La vacunación contra sarampión/SPR muestra una cobertura de 87.8 por ciento para todas las edades, pero en el segundo año de vida (12 a 23 meses) la misma sólo alcanza 77.6 por ciento, lo cual refleja un tanto el cambio de edad para vacunación contra el sarampión/SPR de los 9 a los 12 meses en el 2001, así como el retraso en la edad de la vacunación documentado a partir del primer año de vida.

La vacunación de niños y niñas de 12 a 23 meses, según grupo étnico, nivel educativo e ingreso económico de los padres. No hay una diferencia entre el estado de vacunación según carné de salud y el grupo étnico de los padres. Tampoco se observa influencia del

nivel de educación con respecto a las coberturas de vacunación de DPT/PENTA y polio según nivel educativo o nivel económico. Sí existe una tendencia a una mejor cobertura de vacunación contra el sarampión/SPR en hijos e hijas de padres con menor nivel de educación y más bajo quintil de ingreso económico. (4)

Cobertura a la vacunación en el primer año de vida

La cobertura de vacunación comprobada por las encuestadoras mediante la revisión del carné de salud en niños de 12 a 23 meses de edad, muestra que 96.2 por ciento de niños recibieron la vacuna de BCG en la edad recomendada, pero sólo 78.2 por ciento y 79.4 por ciento habían completado el esquema recomendado de 3 dosis de DPT/PENTA y polio respectivamente, antes del primer año de edad. La menor cobertura con la tercera dosis de DPT/PENTA y la tercera dosis de polio, es más evidente en la población urbana y con mejor nivel educativo. Existen áreas en el país con coberturas bajas para la tercera dosis de DPT/PENTA y tercera dosis de polio, especialmente el área Metropolitana representada por el departamento de Guatemala, y en orden ascendente los departamentos de Sololá, Petén, Totonicapán, Jalapa, Izabal y Escuintla, en los que las coberturas están por debajo del 75.0 por ciento.

Tendencia histórica de las coberturas de vacunación en las encuestas anteriores

Desde la primera ENSMI realizada en 1987, y a través de las 5 encuestas realizadas hasta ahora, se ha mostrado un aumento en el último quinquenio en el uso y retención del carné de salud, lo cual permite una mejora en la calidad del dato de inmunizaciones. Las coberturas de vacunación para todos los antígenos utilizados en el Programa Nacional de Inmunizaciones, muestran mejoras substanciales para los niños de 12 a 59 meses.

Varias tendencias históricas importantes, según los grupos de edad y las vacunas. Para niños y niñas de 12 a 23 meses, la cobertura para BCG en el primer año de vida ha aumentado de 69.9 por ciento (ENSMI-1995) a 96.2 por ciento (ENSMI-2008/09).

También se observan mejoras en la vacunación contra DPT/PENTA 3 (de 48.2 por ciento a 78.2 por ciento) y de polio 3 (de 45.2 por ciento a 79.4 por ciento) para la misma edad. La cobertura para vacuna de sarampión muestra un descenso en los niños de 12 a 23 meses de (53.4 por ciento) a (7.8 por ciento) principalmente debido al cambio en la edad de vacunación (de 9 a 12 meses de edad) implementado en el 2001. Dicho cambio se refleja en una cobertura en los niños de 24 a 35 meses equivalente a 89.7 por ciento sin mostrar mayores diferencias geográficas, por etnia o nivel educativo/ económico. (4)

Estimación de las coberturas de vacunación

La forma de cálculo de cobertura de vacunación para niños y niñas de 12 a 23 meses de edad que se vacunaron en el primer año de vida para la ENSMI-2008/09. El estimativo de vacunados (E) se calcula multiplicando el porcentaje de vacunados con carné de salud que reporta fechas válidas por el número de todos los hijos de 12 a 23 meses vacunados, dividido por 100. Este estimado trata de ajustar el reporte de “alguna vez vacunado” a la proporción de aquellos comprobados como vacunados en el primer año de vida. El estimado muestra que más del 90.0 por ciento de niños y niñas reciben la BCG, y la primera dosis de DPT/PENTA y polio en el primer año de vida, pero sólo 2 tercios han completado el esquema de 3 dosis de DPT/PENTA y polio al cumplir esa edad. La baja

proporción de niñas y niños vacunados contra sarampión/SPR al cumplir el primer año de edad (7.8 por ciento) concuerda con el cambio en la política de inmunización de administrar la vacuna SPR a partir de los 12 meses de edad.

Uso de los servicios de salud en la vacunación

El lugar de vacunación de los niños y niñas de 12 a 59 meses, según el tipo y dosis de vacuna. Entre 91.5 al 92.6 por ciento de los niños y niñas son vacunados por el MSPAS. El IGSS cubre aproximadamente 5.7 a 6.4 por ciento de los niños y el sector privado de salud 1.3 a 1.8 por ciento.

Hay una diferencia marcada en el tipo de establecimiento utilizado para recibir las vacunas. La mayoría de niños y niñas del área rural (41.2 por ciento), indígenas (42.3 por ciento), sin educación (43.4 por ciento), y ubicados en el quintil más bajo de ingresos (50.7 por ciento) fueron vacunados en los centros de convergencia, los cuales han sido una estrategia efectiva para mejorar las coberturas de vacunación en la última década. La población urbana, no indígena, con educación secundaria y superior y económicamente más aventajada, utiliza los centros de salud del MSPAS. Sólo 3.7 por ciento de niños y niñas son vacunados en los hospitales, especialmente aquellos con educación superior y en el quintil económico más alto.

(4)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; conmemora la Semana de Vacunación en las Américas, es por ello que del 27 de abril al 4 de mayo; se tiene la meta de vacunar a 80 mil niños y niñas menores de un año de edad, 50 mil menores de seis años y 100 mil mujeres de 15 a 49 años de edad.

El objetivo es intensificar las acciones de vacunación para actualizar el esquema de vacunación en niños y niñas menores de seis años y mujeres.

Asimismo; se brindará durante esta semana suplementación de vitaminas (vitamina A, ácido fólico), minerales (hierro y zinc), desparasitante y dotación de sobres de sales de rehidratación oral (sueros).

Todos los servicios son gratis, se proporcionaran en puestos, centros de salud, hospitales y puestos móviles de vacunación, en todos los departamentos del país, según la programación local de cada servicio.

Durante la Semana de Vacunación el Ministerio de Salud Pública invierte 15 millones de quetzales en vacunación.

La vacunación ha demostrado efectiva en salud pública en Guatemala, gracias a la cual se cumplen 24 años sin poliomielitis, 15 sin sarampión, 13 sin casos confirmados de difteria y cinco sin rubéola y síndrome de rubéola congénita.

Además se ha reducido otras enfermedades prevenibles por vacunación como tétanos, tosferina y paperas, principales causas de neumonías y meningitis en los menores de 5 años, diarreas severas causadas por el rotavirus.

Viernes, 29 de Abril de 2011 21:30 publicación Diario Prensa Libre .Pág. 3

La Vacuna del rotavirus.

La vacuna de rotavirus, según el manual de la guía operativa cuenta con lineamientos técnico-operativos, se introdujo a partir de noviembre del 2009, el cual se ofertó diariamente en todos los servicios de salud pública, con los esquemas estandarizados a nivel mundial apoyándose para lograr los objetivos del milenio. El inicio real fue en año 2010 febrero.

La vacuna del Neumococo.

Propuesta plan de incorporación de vacuna contra el neumococo en el esquema básico nacional Guatemala, Febrero 2011, las infecciones por neumococo son más frecuentes: niñas y niños menores de 5 años personas de edad avanzada y personas con factores pre disponentes como problemas crónicos a nivel pulmonar y cardiaco.(2)

A partir del año 2007, Guatemala inicia vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas en 2 unidades centinela (Roosevelt e IGSS Zona 9), a tasa de morbilidad por neumonías y meningitis de causa bacteriana varía entre 1800 a 3000 X 100,000 habitantes. La vigilancia de neumonías en los menores de 5 años muestra que de los 2000 casos sospechosos 1000 se confirmaron en el 2007, mientras que en el 2008 la cifra no supera los 400 casos que evidenciaron causa bacteriana.

Según vigilancia de Neumonías bacterianas en menores de 5 años desde el año 2007 a la fecha, se ha evidenciado, entre 3,000 a 6,000 sospechosos hospitalizados de los cuales entre 1,500 a 2,000 presentaban alta sospecha de enfermedad bacteriana, aproximadamente 500 de los casos tenían estudio radiográfico que evidenciaba alta sospecha de neumonía. En 6 casos, se aisló la bacteria de *Streptococo Neumoniae* a través de pruebas de hemocultivo. Los datos del laboratorio reportan los serotipos 1, 2, 3 y 4 únicamente.

Meta:

Iniciar la vacunación contra el neumococo en el 100% de niñas y niños menores de un año de todo el país, a partir del año 2012.

Objetivos de la introducción de la vacuna.

Introducir la vacuna contra el neumococo, basada en evidencias

Vigilancia epidemiológica de las neumonías y meningitis bacterianas desde el 2007 en el CNE/MSPAS.

Estudio de neumonías y meningitis bacterianas en MSPAS e IGSS por investigadores privados desde 1998.

Estudio costo-efectividad de la vacunación contra neumococo en proceso.

Asegurar la asignación financiera suficiente y sostenible, para garantizar la adquisición anual de las dosis necesarias para el 100% de la cohorte de niñas y niños menores de un año de edad.

Las estrategias para llevar a cabo:

Nacimientos anuales	361,029
Dosis por cada esquema	3
Total dosis necesarias (anual)	1,083,087
Costo por dosis en USD (OPS)	\$ 20
Total inversión vacuna en USD	\$21,661,740
Total inversión vacuna en Q	Q173,293,920.00

Respecto a la infraestructura tenemos actualmente lo siguiente

Infraestructura actual Almacenes de Vacunas de las DAS

–Ubicados en lugares reducidos, improvisados y altamente congestionados

–Insuficiente capacidad de equipos frigoríficos

–Pobre mantenimiento

–Déficit de almacenamiento evidenciado y documentado en las 29 DAS

Distritos y Establecimientos de salud

–Insuficiente capacidad de almacenamiento y transporte de vacunas (termos)

–Pobre mantenimiento.

Por lo que se requiere la siguiente proyección de inversión:

Costo total del proyecto de construcción e implementación de la cadena de frío. Guatemala.

Septiembre 2010

Componente	Actividad	Costo en US \$	Costo en Quetzales
	Gestión	15,000	Q120,000
Almacén nacional	Construcción	\$ * 768,000	Q 6,144,00
Equipamiento	Equipamiento	\$ 982,410	Q7,859,280
	Gestión	\$ 32,800	Q262,400
4 almacenes	Construcción	\$* 588,000	Q4,704,000
Regionales	Equipamiento	\$1,121,520	Q8,972,160
DAS	Equipamiento y Adecuación de instalaciones	\$643,000	Q5,144,000
Distritos, establecimientos de salud y jurisdicciones	Equipamiento	\$ 1,753,100	Q14,024,800
	Gran Total	\$ 5,903,830	Q47,230,640

(6)

En conclusión:

El papel que han jugado las vacunaciones en la disminución de la incidencia y mortalidad de algunas enfermedades infecciosas ha sido crucial, de ahí que constituyan en la actualidad, una de las intervenciones más costo-efectivas en salud pública que han permitido controlar y erradicada enfermedades graves como la Viruela a escala mundial y erradicar la Poliomielitis en el continente americano. Las estrategias de vacunación y vigilancia epidemiológica han contribuido también a que otras enfermedades, como el Sarampión y la Difteria, estén cerca de la erradicación. En todos estos esfuerzos y compromisos internacionales Guatemala es un país signatario y activo, por tanto, el Ministerio de Salud a través de sus servicios está comprometido en implementar las estrategias que permitan iniciar, continuar y completar el esquema de vacunación, según edad, priorizando la oferta permanente del servicio de vacunación. La meta, según instrucciones del programa específico, es alcanzar y mantener coberturas en todos los biológicos del esquema básico, en niveles mínimos del 95% en todo el país. las causas de oportunidades perdidas de vacunación, particularmente en la población menor de 12 meses, obedecen a fallas en los servicios de salud, traducidas en falsas contraindicaciones, actitud del personal expresada como no ofrecer la vacuna, no pensar en la vacuna o no preguntar el estado vacunal; también se han incluido dentro de estas fallas institucionales, el temor a la pérdida de biológicos, la logística, la organización de los servicios y finalmente, la actitud de la población beneficiaria, traducida en rechazo a la vacunación o no contar con el carné de vacunas.

Se han realizado actividades respecto a la vacunación de la población objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones a través de diferentes estrategias distritales y locales de vacunación como: sensibilizar a la población y los diferentes actores que intervienen en el Programa, búsqueda de susceptibles, disminuir barreras de acceso, entre otras, con el fin de alcanzar coberturas útiles de vacunación.

Acciones como las siguientes:

Aumentar coberturas de vacunación en corto tiempo.

Apoyar la estrategia de seguimiento en los puntos de vacunación y fortalecer la adherencia de usuarios en puntos de vacunación.

Realizar búsqueda de susceptibles a través de los barridos epidemiológicos

Interrumpir la transmisión de la enfermedad en un lapso de tiempo breve.

Disminuir las barreras de acceso.

Acercar los servicios de salud a la comunidad a través del enfoque poblacional

Ampliar oferta de servicios a la comunidad.

Dar respuesta al enfoque poblacional brindando servicio de vacunación de acuerdo a lo

establecido dentro del esquema Regular en las diferentes etapas del ciclo de vida

direccionando intervenciones a la población en situación de desplazamiento y en condición de discapacidad.

La utilización de la metodología de la intervención como las estrategias de vacunación extramural es decir vacunación casa a casa como en las jornadas, realizando la búsqueda de niñas y niños con esquemas atrasados (con un mes de retraso) en el lugar de residencia (independiente de etnia, sexo, situación de desplazamiento, condición de discapacidad). Intervención en zonas marginales, con limitaciones de acceso a la prestación de los servicios de salud y en las jornadas de vacunación.

Coordinar con los líderes comunitarios las acciones de vacunación casa a casa con el fin movilizar a la comunidad.

Gestionar difusión de las jornadas de vacunación casa a casa a través de medios locales (radio, televisión, prensa, volantes, perifoneo entre otros). Programar la vacunación a casa en horarios en los cuales los padres y/o cuidadores se encuentren en el lugar de residencia (fines de semana).

Semaforizar en mapas los resultados alcanzados en esta actividad lo cual debe servir como herramienta para la toma de decisiones. Realizando informe mensual de la vacunación casa a casa.

Cruzar la base de datos de nacidos vivos de la localidad con el aplicativo PAI y seleccionar los niños y niñas con esquemas atrasados (un mes de atraso) de acuerdo a su edad.

Mejorar el mapeo o el listado de niños con esquemas atrasados por lugar de residencia, realizar búsqueda casa a casa y actualizando el esquema con las dosis pendientes.

El equipo extramural debe sensibilizar al padre y/o cuidador frente a la importancia de completar el esquema en las edades adecuadas. Si el padre no acepta vacunar al menor en la casa, se debe pasar la información del menor a los equipos básicos de salud, para que realice el seguimiento.

Remitir y /o direccionar al equipo básico institucional de referencia para que continúe el esquema.

Realizar actividades de vacunación cuando se identifique un caso sospechoso o probable de alguna de las enfermedades inmunoprevenibles, las cuales se encuentran definidas en protocolos de Vigilancia en Salud Pública; teniendo en cuenta los biológicos incluidos en el PAI.

El equipo estará conformado por una auxiliar de Vigilancia (realizará búsqueda activa comunitaria) y una auxiliar de vacunación (verifica carnes, vacunación de susceptibles, informa el resultado de coberturas). Equipo básico de salud o enfermera auxiliar del puesto de salud.

La auxiliar de vacunación entregará informe diario o mensual sea el caso de lo vacunado a través de esta actividad al referente de vigilancia.

Para la ejecución de esta actividad se contará de forma permanente con un vehículo suministrado por el área de epidemiología.

Concentraciones

Gestionar con otros actores (alcaldías, líderes comunitarios, comudes, Codedes, entre otros) la instalación de puntos de vacunación en lugares en donde se concentra la población objeto.

Programar actividades de vacunación en lugares de mayor concentración de población (iglesias, parques, días de plaza o mercado, entre otros).

Jornadas

La enfermera supervisora del equipo extramural apoyará a la coordinadora PAI en las actividades de planeación, organización, ejecución y seguimiento de las jornadas, esto incluye todo lo relacionado con: Gestión con alcaldías, líderes comunitarios, para que convoquen a la población objeto, programación de puntos de vacunación, capacitación y sensibilización a los participantes de la jornada (ámbitos, vacunadores contratados por jornada), visitas a los equipos básicos de salud para evaluar la preparación para la jornada.

Estrategias de vacunación intramural:

Se debe dar cumplimiento al lineamiento establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Aplicar gratuitamente las vacunas contempladas en el esquema de vacunación a toda la población para disminuir barreras de acceso.

Programa permanente en todos los sectores y servicios de salud, que cuenten con el servicio de vacunación en horarios extendidos. Llevando una adecuada cadena de frío.

Socializar a la comunidad residente en la localidad (ejemplo distribución periódicos, de volantes, carteleros, mensajes por radio o servicios de TV, en lugares como escuelas, iglesias, mercados, días de reuniones especiales, perifoneo, etc.).

Las estrategias de vacunación no son excluyentes y se pueden combinar entre sí, previa caracterización de la población, análisis de las necesidades locales, infraestructura, talento humano, recurso financiero e identificación de zonas de riesgo, para ello se requiere el apoyo de los diferentes medios de comunicación, que sensibilicen a padres de familia, cuidadores y a toda la comunidad con relación a la importancia del cumplimiento del esquema de vacunación y que permitan ver la vacunación no como un proceso obligatorio sino como un paso que conduce a la salud de niños y niñas y al fortalecimiento de la relación madre-hijo. Dichas actividades se debe desarrollar durante todo el año con énfasis en los meses con jornada de vacunación.

Ámbito Escolar

Periódicamente se enviarán a la coordinación PAI local el informe del resultado de los procesos intervenidos especificando censo de población de niños y niñas en edad de vacunación años de edad, frente a niños vacunados con refuerzos de los cinco años.

En caso de NO lograr cobertura del 100% al realizar la revisión, se debe programar en coordinación con PAI la Jornada de vacunación a la población con esquema atrasado.

El ámbito escolar debe participar en la programación y ejecución de las jornadas de vacunación de cada una de sus instituciones educativas.

Ámbito Institucional:

PAI local informará al MSPAS de la cobertura alcanzada por Institución intervenida y biológicos aplicado. El ámbito institucional y la coordinación PAI realizarán mensualmente análisis de las coberturas alcanzadas en las instituciones de protección intervenidas y generarán acciones de mejora, tomando acciones como corresponda según sea el caso.

Ámbito Comunitario

El ámbito comunitario debe entregar al PAI trimestralmente censo actualizado de todos los grupos y organizaciones comunitarias, en los tiempos estipulados por el programa ampliado de inmunizaciones.

A través de la articulación por medio del nodo materno infantil, el ámbito comunitario en coordinación con el PAI facilitará la articulación con los coordinadores de los grupos comunitarios y organizaciones de población especial (grupos étnicos, habitantes de calle, desplazados) realización de Jornadas de Vacunación en los grupos comunitarios.

Ámbito Familiar

Teniendo en cuenta que el Programa ampliado de inmunizaciones desarrolla intervenciones en territorios de Salud a su casa, es necesario realizar procesos de articulaciones tendientes a organizar, coordinar la respuesta y a garantizar la operación óptima de los dos proyectos en el territorio.

Tales acciones de articulación se deben dar a través de los procesos de gestión y coordinación de los proyectos en el nivel local de la siguiente manera:

Actividades de articulación en la infancia con coberturas útiles de vacunación en el territorio con un plan de acuerdos de operación entre el coordinador las instituciones responsables para el desarrollo de acciones conjuntas que permitan lograr coberturas de vacunación superiores al 95% en los micro territorios; estas acciones deben ser priorizadas con familias caracterizadas donde hayan niños y niñas menores de 6 años, logrando las coberturas de vacunación en el territorio.

El equipo del ámbito del nivel central realizará el cruce de la base de datos de nacidos vivos con la base de datos del sistema de salud correspondiente para evaluar por micro territorio y remitirá el listado de niños y niñas a cada servicio de salud, para iniciar el seguimiento a cohortes. El ámbito local remitirá el listado de niños y niñas pendientes o con esquemas atrasados (un mes de atrasado) para poner al día los esquemas de vacunación.

Aunque se realice todo el proceso y se alcancen las metas establecidas, existen proceso de tipo, de compra, en la cual ha existido por ejemplo desabasteciendo de biológicos en el primer trimestre del 2011, por proceso económicos, situación que también lleva a cambiar o retrasar los tiempos de la vacunación.

Las vacunación continua es la clave de mejora aunque las jornadas a través del tiempo han paleado en forma parcial dicha brecha aun no cerrada completamente.

Siendo la mejor estrategia costo-efectiva la vacunación a demostrado ser en todos los tiempos, de mucha utilidad para el desarrollo humano.

Debe existir también un observatorio de la niñez, que fiscalice el proceso y ponga en evidencia la falta de voluntad, desde el sector administrativo hasta el personal es decir con la familia en la comunidad.

VECTORES:

Programa Enfermedades Transmitidas por Vectores

Es un programa técnico normativo que se encarga del control y regulación de las normas de atención y manuales de referencia, actualizando y difundiendo el conocimiento para la operativización de las mismas, estandarizando así las actividades en las diferentes Áreas de Salud.

- Disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmitidas por vectores.
- Interrumpir la transmisión de las enfermedades en las áreas endémicas de mayor riesgo.
- Controlar con medidas integradas las comunidades con infestación de los vectores y ocurrencia de casos.
- Analizar los resultados e impacto para evaluar riesgos y daños.
- Supervisar y monitorear las líneas de acción técnico-normativas del programa en las Áreas de Salud.
- Coordinar con equipos de asistencia técnica del MSPAS para un enfoque multidisciplinario.
- Disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmitidas por vectores
- Interrumpir la transmisión de las enfermedades en las áreas endémicas de mayor riesgo.
- Controlar con medidas integradas las comunidades con infestación de los vectores y ocurrencia de casos.
- Analizar los resultados e impacto para evaluar riesgos y daños.
- Supervisar y monitorear las líneas de acción técnico-normativas del programa en las Áreas de Salud.
- Coordinar con equipos de asistencia técnica del MSPAS para un enfoque multidisciplinario.

Malaria

- Reducir el número de casos de malaria por *P.vivax* en un 70% para el año 2010 y eliminar la transmisión de *P. falciparum*.
- Vigilancia epidemiológica en las comunidades para detectar cambios en las tendencias para prevenir y controlar la enfermedad.
- Evaluar la incidencia de la enfermedad.
- Identificación de brotes.
- Monitoreo de intervenciones para el Control de la enfermedad
- Estratificación de las localidades por riesgo.

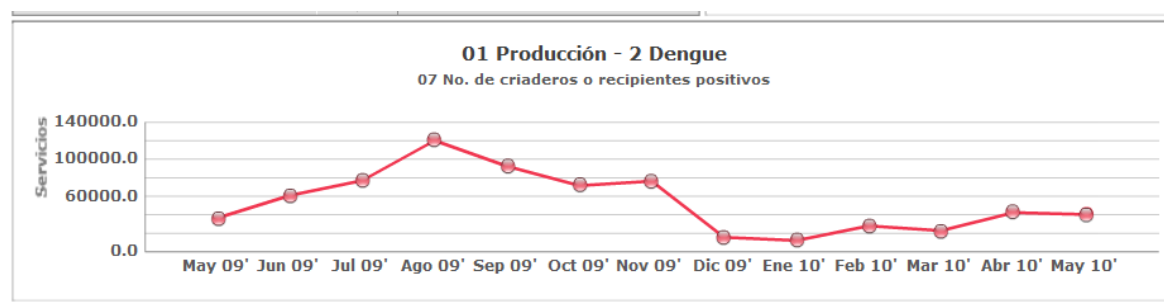
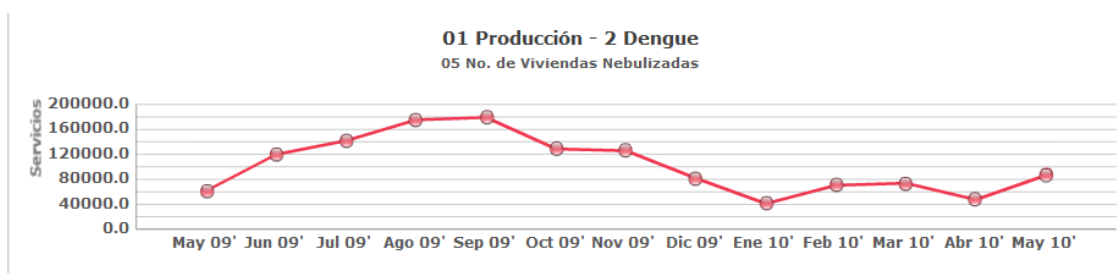
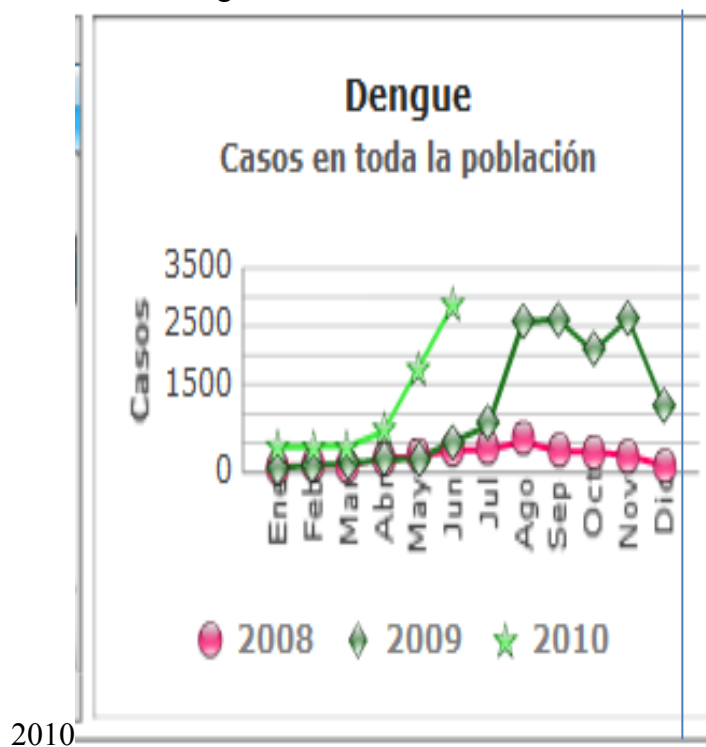
Dengue

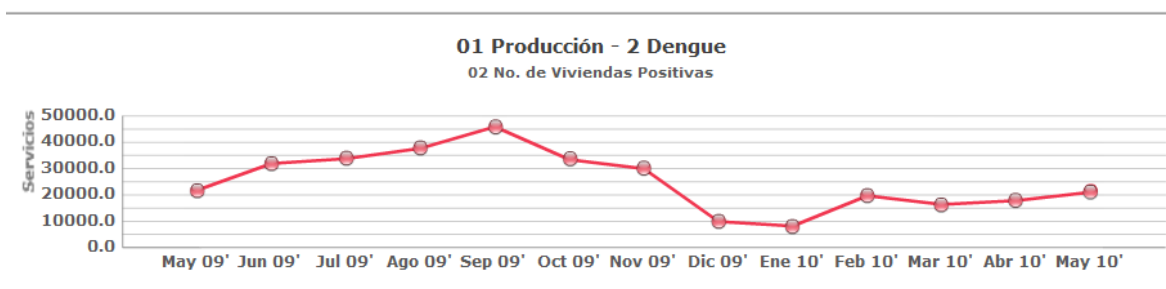
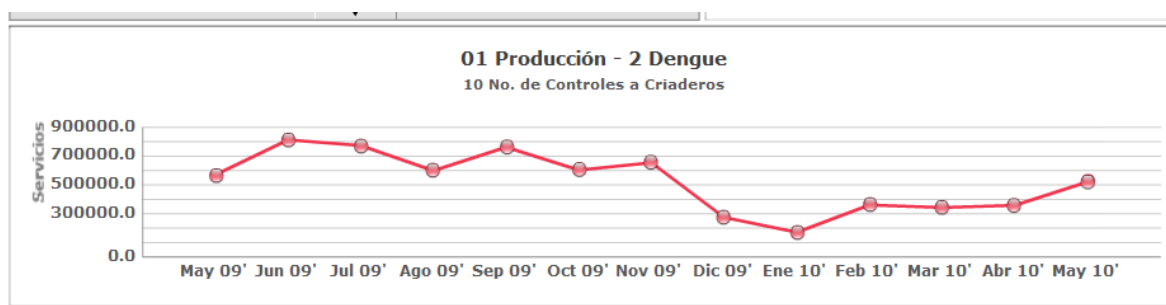
- Disminución de un 10% de número de casos de dengue clásico en forma anual en los 22 Departamentos del País y mantener una tasa de letalidad por debajo del 1%.
- Disminuir la morbilidad de Dengue Clásico/Dengue Hemorrágico, en los 22 Departamentos que corresponde a 29 Áreas de Salud del país proyectando atención a las personas con eficiencia, eficacia y efectividad en base a normas y procedimientos técnicos sustentables.
- Elaborar las normas y procedimientos de vigilancia y control. Socializar las normas y procedimientos de vigilancia y control.
- Capacitar personal de salud en conceptos y procedimientos técnicos para el abordaje operativo.
- Implementar las normas y procedimientos en Áreas endémicas. Coordinar con las unidades técnico-operativas del nivel central para apoyo local.
- Analizar las intervenciones técnicas para el control del Dengue.
- Monitorear y supervisar la aplicación de las normas de atención, vigilancia y control.
- Utilización de mosquiteros tratados con insecticida, ya difundido en todo el país, aun más en zonas endémicas.

Dengue.

El manual de vigilancia y control entomológico de *Aedes Aegypti*, en operación desde 2008, es al forma práctica de tratar sistemáticamente el vector, donde están las actividades de vigilancia y control, dividido en tres secciones: la encuesta, tratamiento y la verificación.

Cada una sección tiene cada parámetro para la acción específica de cada proceso los cuales se detallan en los siguiente cuadros estadísticos desde 2008 al



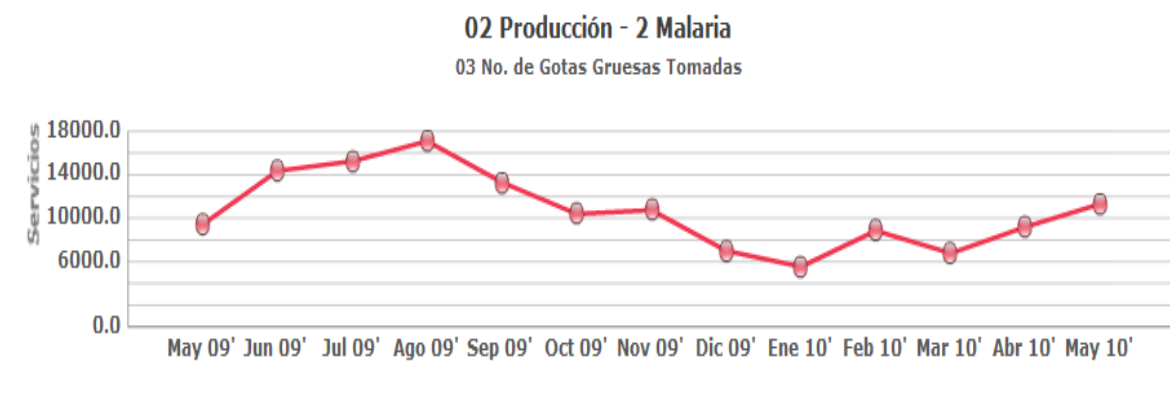
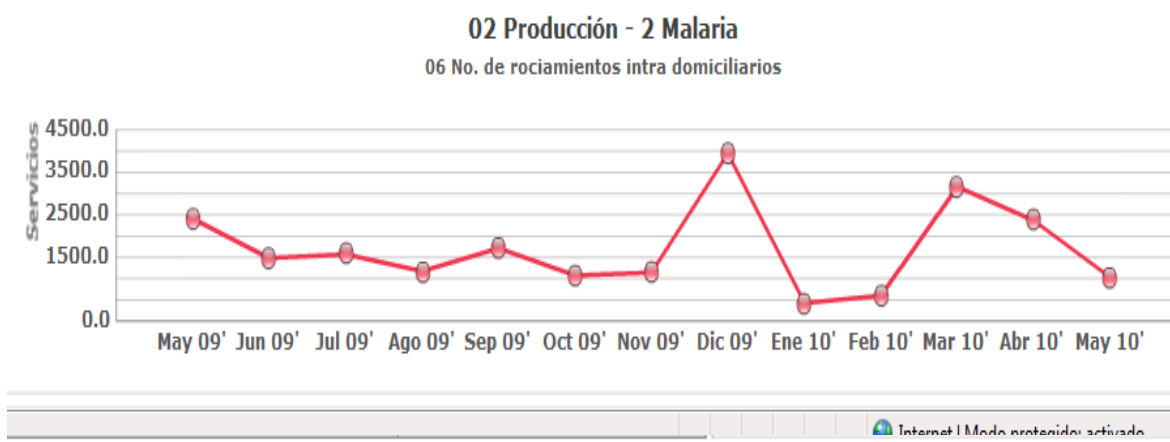
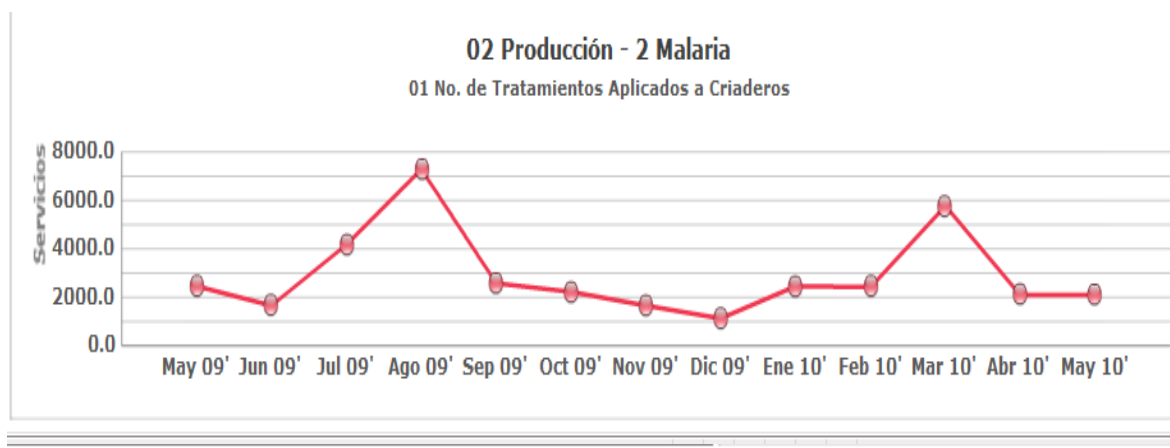


Los progresos han sido lentos, por mucha falta de personal, aunque se está controlando por medio de campañas radio, escrita, y panfletos, ha mejorado del 2010 al 2011, solo han aparecido pequeños brotes de dengue en el departamento de Izabal. (7) (9) (11).

Malaria.

Frecuencia:

La frecuencia está relacionada con la incidencia de *P. falciparum*, especie vinculada con la malaria maligna y los cuadros graves. En Guatemala (2005), la frecuencia de esta especie es de sólo el 3% del total de casos. Se supone que aún dentro de los casos confirmados a tal especie, la incidencia de casos graves es muy baja; aunque hay que reconocer que no se tiene un registro escrupuloso de ellos. En cuanto a mortalidad, se registró un único caso en el año 2004 en Alta Verapaz. En el 2006 falleció en Poptún, Petén, una señora con cuadro sugestivo de malaria severa que no fue confirmado. Bajo condiciones especiales, la infección por *Plasmodium vivax* puede cursar con síntomas de gravedad, e incluso tener un desenlace fatal. Se ha hecho grandes avances de 4,000 mil casos hace 3 a 4 años al 10% de los mismos en los departamentos de acción contra dicho vector. Se muestran algunos de los cuadros siguientes:



Son datos que han hecho en la mayoría de los departamentos del país, especialmente el los cuatro mencionados. Siendo efectiva las políticas y las aplicación de los procesos han hecho efectiva esta estrategia. (8) (9) (10).

- 1.- Manual Técnico de introducción. Programa Nacional de inmunizaciones. Guatemala, nov. 2009.
- 2.-Guía operativa. Vacuna oral contra el rotavirus. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2010.

- 3.-Lineamientos técnicos PNI 2011-2012.programa ampliado de inmunizaciones, Guatemala 2011.
- 4.- V Encuesta de salud materno infantil ESMNI- 2008-2009-
- 5.- publicación Prensa Libre de Guatemala, abril-2011
- 6.- Propuesta plan de incorporación de vacuna contra el neumococo en el esquema básico nacional Guatemala, Febrero 2011
- 7.- Manual de vigilancia y control entomológico del Aedes Aegypti de Guatemala, 2008.
- 8.- Protocolo de malaria severa, ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala, 2007.
- 9.- Portal de la Web del ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala.
10. Programa de enfermedades transmitidas por vectores. MSAPS. 2009.
- 11- Lineamientos técnicos de prevención y control oportuno del Dengue. Dr. Fernando YAX, Programa de vectores. MSPAS, marzo 2011.

D. Protocolos y manejo de la atención de salud

21. Diferenciación, revisión y análisis sobre las políticas y protocolos vigentes dirigidos a la atención de salud en general y la aplicación del modelo de atención integral de salud (Listar y analizar por cada ítem)
22. Diferenciación, revisión y análisis sobre las políticas y protocolos vigentes dirigidos a la atención primaria de salud basados en la población y en el enfoque de atención integral de salud (Listar y analizar por cada ítem).
23. Revisión y análisis de las políticas y normativas para el desarrollo de capacidades de trabajadores de salud comunitarios para su articulación y/o integración al sistema de salud (sea a través de diferentes actividades como uso de datos, participación comunitaria en la planeación de servicios, para la mejora de los servicios, monitoreo, resultados en salud, evaluación, rendición de cuentas u otros aspectos de la atención, promoción y/o prevención de la salud)
24. Verificar si se toma en cuenta para los protocolos o guías de práctica de atención: i) la medicina basada en evidencias con la mejor evidencia científica disponible y; ii) estudios costo efectividad o costo beneficio de las intervenciones (nacionales y/o internacionales)

PROTOCOLOS Y MANEJO DE LA ATENCION DE SALUD.

Lo que se ha realizado hasta el 2010, con múltiples actores, áreas, departamentos de salud y cada una de las disciplinas y regiones de nuestro país, teniendo en cuenta cada uno de los niveles de atención de la salud se describe la asistencia al primero y segundo nivel de atención, además hay varios instrumentos para cada etapa de la vida que se entrelazan, que están en las leyes nacionales, código de salud, acuerdos de paz, ley de desarrollo social, etc.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene como responsabilidad el mejoramiento continuo del estado de salud de la población guatemalteca, a través de sus instituciones, en los ámbitos de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la curación y la rehabilitación, todo ello sustentado en los pilares de la atención primaria de salud en el primero y segundo nivel de atención, responsabilizados de la atención con calidad, calidez y con respeto a la dignidad humana. El Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas tiene como función principal diseñar, emitir, actualizar y reajustar periódicamente las normas de atención de los diferentes programas, dirigidos a la mujer, niñez, adolescencia, adultos (as) y adultos (as) mayores, así como la transferencia de las mismas a los proveedores de los distintos servicios de salud. La salud es un derecho, que contribuye al desarrollo de la población guatemalteca, el Plan Nacional de Gobierno para la salud vigente tiene dentro de sus lineamientos el impulso de una política de desarrollo social que brinde atención integral a la población, especialmente a los y las personas más vulnerables e históricamente postergados(as), el cual está basado en un marco jurídico y político, que nos permite continuar avanzando y fortaleciendo las intervenciones a favor de la salud integral de la población.

Estas Normas de Atención Integral para servicios de salud del primero y segundo nivel, han sido actualizadas e integradas por un grupo de expertos, tomando en cuenta las evidencias científicas existentes, el perfil epidemiológico, las necesidades de la población por etapas del ciclo de vida, enfoque de género y la pertinencia cultural, además han sido validadas con personal operativo de las 29 áreas de salud y consensuadas con Técnicos Profesionales del nivel central de SIAS y técnicos de Organismos de Cooperación Externa.

Las Normas integrales para la atención representan la voluntad y el compromiso institucional de garantizar la respuesta para la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población. Pone énfasis en el enfoque de la atención primaria continua a través de las diferentes etapas de la vida. Contempla la diversidad de las necesidades de la población, priorizando lo que más afecta a los grupos más vulnerables. El cumplimiento de estas normas integrales representa un desafío para los servicios de salud, porque tendrán que canalizar los recursos y el apoyo necesario para la implementación de cada una de las intervenciones y actividades propuestas, evaluar su quehacer actual y definir la reorganización para garantizar el cumplimiento de las mismas.

Las Normas de Atención Integral se elaboran con el enfoque de desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Guatemala, que tienen su expresión en el primero y segundo nivel de asistencia sanitaria, desde los pilares de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, curación y rehabilitación, con

participación de las personas, la familia y la comunidad, que son en esencia los beneficiarios directos del impacto de estas normas.

Para fines operativos se han dividido las etapas del ciclo de vida en las siguientes edades:

- Neonato: (0 a 28 días).
- Lactante (29 días a menos de 1 año).
- Niñez (niños y niñas de 1 año a menos de 10 años).
- Adolescentes (Mujer y Hombre de 10 años a menos de 20 años).
- Adulto (Mujer y Hombre de 20 años a menos de 60 años).
- Adulto Mayor (Mujer y Hombre de 60 años en adelante).

El Manual de Normas de Atención está ordenado de la manera siguiente:

Módulo 1: Embarazo, parto y puerperio (adolescente y adulta)

Módulo 2: Neonatal

Módulo 3: Lactantes

Módulo 4: Niño y Niña

Módulo 5: Adolescencia

Módulo 6: Adulto (a) y Adulto (a) Mayor

Módulo 7: Atención a la demanda.

(1.-)

Cada etapa de la vida de las personas y cada módulo cuentan con algunos instrumentos apoyados en medicina basada en evidencia como las leyes de protección a la vida desde la concepción en la Constitución Política de Guatemala, (artículo 2 y 3) (2) que la protege, agregándose, el código de salud que menciona que la salud es un bien común. (3)(4)(5), además de los protocolos de atención posaborto en la Ley Contra e femicidio y otras formas de violencia contra la mujer (6) Sin descuidar al neonato y su atención desde el pinzamiento tardío del cordón el apego precoz y la iniciativa de la lactancia materna temprana y exclusiva. (6)

Respecto a la atención de la madre y a la adolescente o adulta los protocolos basados para el 1er y 2do nivel, son claros desde la aplicación de la atención en la comunidad, con el espacio intergenésico adecuado, promoción y cuidados de la embarazada, con uso de micronutrientes como folatos y hierro a la mujer en edad fértil, y el uso de biológicos como el toxoide tetánico. (7)(8).

En control prenatal, la creación de planes de emergencia familiar y comunitaria, conociendo de las señales de peligro, la atención inmediata por personal calificado, el parto limpio y seguro. Dentro del proceso del trabajo de parto, la utilización del partograma, el manejo activo de la tercera etapa del parto, los cuidados inmediatos del puerperio así como los del recién nacido, los servicios de salud, y entidades como municipalidades, que está en sus leyes de aplicar un 10% de su presupuesto a salud, han aportado aunque no todas dicho proceso a los servicios de salud, algunas han instalado y equipo clínicas municipales con el pago sus respectivos recursos humanos e insumos, otros han comprado ambulancias o las que se han donado, las utilizan para disminuir la tercera demora en la muerte materna. (9) (10)

Esto es aplicable en todos los niveles de atención de parto, agregando la pertinencia cultural a la asistencia al parto, incluso con el apoyo de comadronas tradicionales. (11)

También se está aplicando instrumentos como la hoja de Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) para estandarizarla al tercer nivel y los centros de atención de parto, la cual se está implementando a nivel electrónico en las maternidades periféricas de la ciudad capital, también la notificación obligatoria de las embarazadas con factores de riesgo. E incluso la extensa capacitación a personal en curso de Alerta Internacional sobre las urgencias obstétricas y neonatales en todas las regiones del país, como estrategia para la disminución de la mortalidad materna y neonatal.

Con los procesos de atención a los y las adolescentes, la creación de los espacios amigables, la promoción del cuidado de los mismos, la maternidad y la paternidad responsable, las enfermedades de transmisión sexual VIH y sida, has sido prioridad para el programa nacional de salud reproductiva. Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana-VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida –SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH-SIDA (12)

Debemos hacer mención que la guía de métodos de planificación familiar amparada en el decreto de acceso universal y equitativo de los métodos de planificación familiar que conlleva también al propósito de empoderar al servidor de salud al conocimiento para el uso también de estos en las y los adolescentes, la ley contra la violación, el uso de retrovirales y la anticoncepción de emergencia. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. (13)(14)(15)

Con lo que respecta al tercer nivel la gama de hospitales distritales, regionales, de tercer y 4to nivel, según el modelo incluyente, se re categorizan además de la creación de algunos más, que aún no se ha visto real dicho proceso, cada hospital escuela conlleva ciertos protocolos apegados a la evidencia científica.

La salud de adulto y del adulto mayor, lo cubre en menos de 10% el seguro social, sobre el total de la población, el resto del población debe hacer el respectivo gasto de bolsillo, sin que esto se vea una mejora, aunque la creación de farmacias populares, conlleva cierto alivio a este proceso, dichas entidades solo se encuentran en lugares de las metrópoli citadinas, no así en la comunidades más alejas, donde se sigue llevando a cabo el gasto de bolsillo con los actores de las medicina tradicional.

Análisis.

Aunque esto se dificulta la realización de estos procesos, aunque estén previstos en todas la leyes del país, códigos de salud, etc. La falta de recursos de todo tipo económico, infraestructura, tanto de insumos, personal calificado. Si lo vemos con la aplicación del modelo incluyente de atención en salud, no cambiaría la forma de los protocolos de atención, pero el agregar en este momento la cantidad de personal a cada servicio de salud que quiere el modelo en forma territorial excedería el presupuesto del personal de salud en aproximadamente un 50%, además de la formación, creación de nueva infraestructura para albergar el personal propuesto por el modelo.

Habría que mencionar que el programa de extensión de cobertura, actualmente cubre para enero 2007 los convenios suscritos entre el MSPAS y las ONGs que prestan servicios básicos de salud, en 406 jurisdicciones proporcionados por 103 ONGs, en 4,163 centros de

convergencia con 8,596 comunidades, atendiendo a 778,888 familias que conforman 3,985,747 habitantes en 25 áreas de salud, es decir aproximadamente a 4 millones de personas, puede representar hasta el 80% de la atención a la población en algunos departamentos, la disminución del paquete económico hacia las ONG's, que lo manejan desde 1997, pero que ha aumentado sus coberturas y atención a la población rural del país. Las competencias para el primer nivel ha dejado fuera parte de los procesos de atención, es decir, y centro de convergencia para más 10,000 habitantes, donde confluye cada mes un medico ambulatorio, una enfermera auxiliar, un facilitador institucional, dos educadoras en salud, para ver ese volumen de demanda de la salud, es una labor grande pero insuficiente para este equipo básico de salud, se le suman dentro de la misma comunidad personales como facilitadores comunitarios,(con estipendio por ONGs de aproximadamente 50\$ mensuales para la atención, promoción, evaluación etc.) comadronas, vigilantes de salud y algunos nuevos personas con capacitación para la atención materna-neonatal a nivel comunitario, quienes apoyan a este grupo dándole apoyo, pero también es insuficiente. También la forma de información hacia el ministerio de salud se hace a través del programa de extensión de cobertura (PEC) el cual da datos concretos, pero sin análisis específico para problemática, solo en forma sistemática, buscando solo aumento de coberturas, sin modificar los procesos de mejora continua. Aunque existen manuales e instrumentos para la atención en el primer y segundo nivel.(16)

El proceso de involucramiento a la población así como el cambio de comportamiento ha sido lento, aún existe brecha que cerrar hacia la población y los servicios de salud por múltiples causas, por ejemplo la falta de atención con pertinencia cultural, y el personal del programa de extensión de cobertura o la misma carencia de personal capacitado, insumos, etc., para el mejoramiento de la atención en salud, barreras, políticas, económicas, sociales, culturales, han llevado y continuado en la mayoría de los servicios de salud, aunque, la visión del modelo de atención incluyente en salud, lo plantea, no plantea la forma para la adquisición de los recursos económicos para el mejoramiento de todo el proceso, además la formación de recurso humano capacitado no se ha dado, mucho menos a nivel comunitario, salvo algunas entidades no gubernamentales que lo hacen con sus propios medios y gestión. Aunque el departamento de recursos humanos del ministerio de salud pública existe, hay muy poca evaluación para los perfiles que deben llenar cada personaje de salud en puesto centros de salud, etc. A nivel comunitario, agregándose esto que el pago es por compra de servicios. (Facturación) sin ninguna prestación laboral, renovación anual según metas alcanzadas, y/o disposición de personal, para sustituirlo.(16)

Conclusión.

Somos un país con muchas leyes nacionales e internacionales las cuales los gobiernos y estado se ha comprometido, con abundante cantidad de leyes, decretos, códigos, artículos, acuerdos, derechos, puntos resolutivos del congreso, leyes municipales, que como marco legal de la salud, obliga al estado a cumplir con cada una de las prácticas en salud, siendo un estado con pocos recursos económico-financieros, no queda solvente en el cumplimiento del marco legal.

La formulación para las estrategias se basa en un trabajo complejo, integrado, con la diversidad de actores del ministerio como ente regente real de la salud, una coordinación descentralizada, pero eficaz por medio del fortalecimiento institucional, con mayor

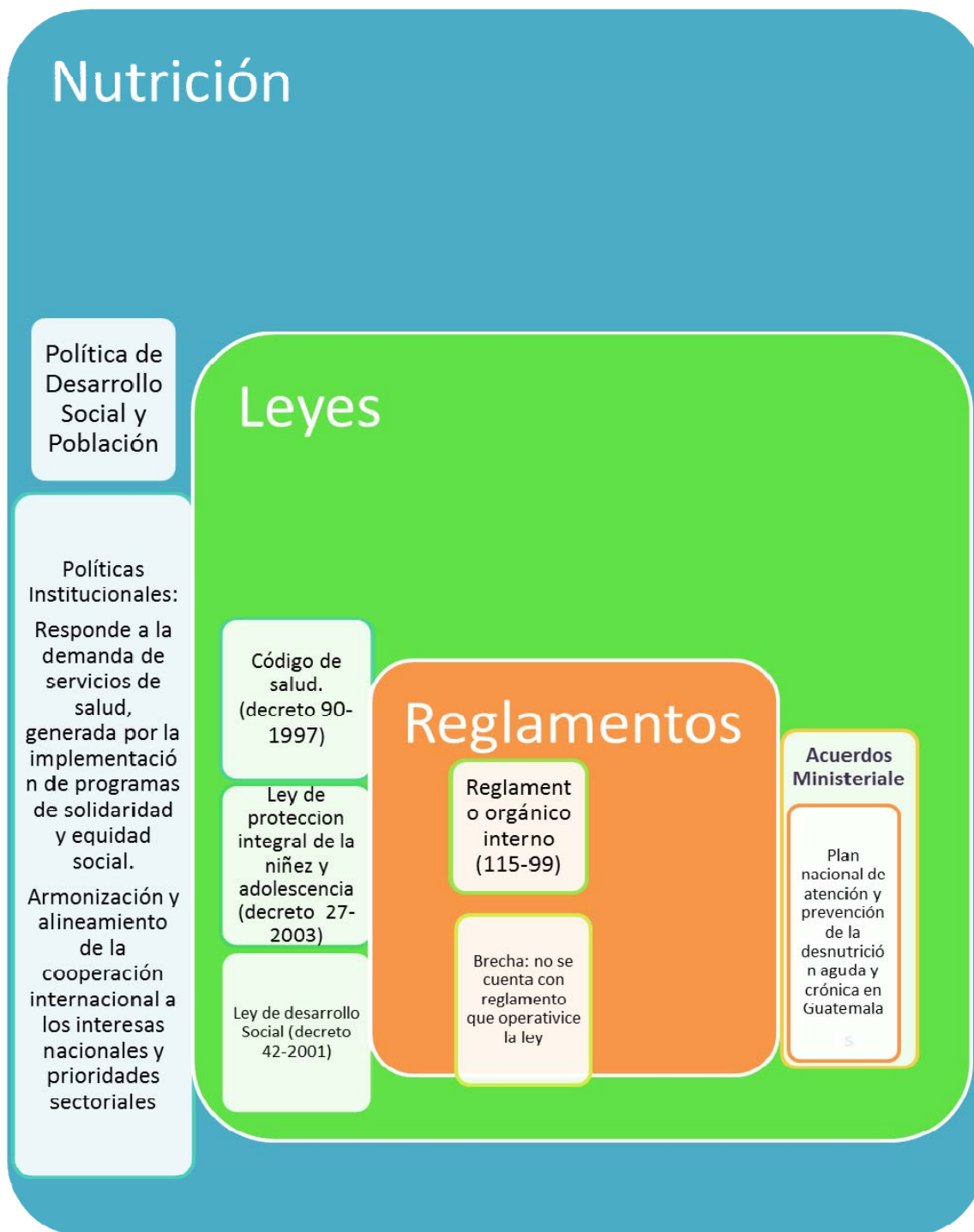
presupuesto, y claridad en su ejecución, con la oferta sistemática de mejoras en salud, calidad de atención, con adecuada infraestructura, recursos humanos capacitados, en los tres niveles de atención enlazados, que se obtengan buena calidad de información con los datos, claros concretos y realizar un análisis real, descentralizado, (17) focalizado a cada una de las regiones específicas del país, con su multiculturalidad, equidad, tomado las acciones adecuadas en un todo, apoyados en todos los sectores de la sociedad civil, organizaciones que deben ser vigilantes de los procesos con claridad y celeridad específica. Además de hacer un solo objetivo apoyarse con la cooperación internacional buscando las mejores opciones de trabajo, paralelas al mismo fin, acercarnos lo más y mejor para cumplir los objetivos del milenio.

En síntesis todos los protocolos, guías de manejo del primero y segundo nivel como: sala situacional de salud materna, las guías nacionales de salud reproductiva con todos los manuales sobre métodos anticonceptivos, inserción de Dispositivo intrauterino, manual de vasectomía sin bisturí, Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto, protocolo de Vigilancia de la Muerte Materna, Alerta Internacional, un Programa para Reducir la Mortalidad y la Morbilidad Materna y Neonatal, Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10-54 años) para la identificación de las muertes maternas, Manual de Capacitación en Inserción de Diu PNSR, Manual cómo podemos mejorar el avance hacia una mejor atención a la salud materna, Guía de capacitación en métodos naturales (MELA Collar), Manual para la intervención corta en la capacitación a comadronas tradicionales, Manual para capacitar comadronas sobre atención durante el embarazo, Manual de atención del parto limpio para capacitar comadronas, Manual para capacitar comadronas sobre atención a la mujer en el post-parto Manual de capacitación para personal institucional sobre cuidados del recién nacido, Manual sobre métodos de Planificación Familiar para personal institucional, además de los guías para la capacitación de Programa ampliado de inmunizaciones, manejo y guías para Manual Técnico de introducción al programa Nacional de inmunizaciones, Guía operativa. Vacuna oral contra el rotavirus. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lineamientos técnicos PNI 2011-2012. programa ampliado de inmunizaciones, Guatemala 2011, manuales y folletos para la cadena de frío, manejo institucional, guías para el facilitador institucional, manual de almacenamiento y transporte de biológicos, manuales de Propuesta plan de incorporación de vacuna contra el neumococo en el esquema básico nacional Guatemala, Febrero 2011, Manual de vigilancia y control entomológico del Aedes Aegypti de Guatemala, Protocolo de malaria severa, ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala, Portal de la Web del ministerio de salud pública y asistencia social de Guatemala, Programa de enfermedades transmitidas por vectores. MSAPS, Lineamientos técnicos de prevención y control oportuno del Dengue, también de nutrición, Normas para la Iniciativa de Servicios de Salud Amigo de la Lactancia Materna, Estrategias 2010 para el abordaje integral de la niña y el niño con Desnutrición Aguda, Guía para la implementación de la atención integrada materna y neonatal calificada con enfoque de género y adecuación cultural en los servicios institucionales de atención del parto, Manual de capacitación para personal institucional sobre cuidados del recién nacido.

Todo lo anterior se apoya en las normas del 1er y 2do nivel, no está de más recordar que a nivel del 3er y 4to nivel de atención los protocolos y guías son diferentes según cada escuela hospitalaria, con lineamientos específicos a cada especialidad.

- 1.-Normas de atención integral para primero y segundo nivel. MSPAS. 2010.
- 2.-Constitución Política de Guatemala, (artículo 2 y 3).
- 3.- Código de Salud Decreto No. 90-97.
- 4.- (Decreto No. 42-2001) y ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su incorporación en el programa nacional de salud reproductiva
- 5.- (Decreto No. 87-2005) además de los protocolos de atención posaborto en la Ley Contra e femicidio y otras formas de violencia contra la mujer
- 6.- Ley de maternidad saludable. (Decreto No. 22-2008)
- 7.- OMS Prácticas integrales para la atención en salud 2008.
- 8.-Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia.(Decreto No. 27-2003).
- 9.- Ley de consejos de desarrollo urbano y rural.(Decreto No. 11-2002)
- 10.-.-Código Municipal. (Decreto No. 12-2002)
- 11.- Política Pública de Juventud 2010-2015 “Construyendo una Nación Pluricultural, Incluyente y Equitativa”.
- 12.-Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana-VIH- y el síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida –SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH-SIDA.(Decreto No. 27-2000)
- 13.- Erradicar la Violencia Intrafamiliar.(Decreto No. 97-96 del Congreso de la República. Guatemala. Fundación Sobreviviente, Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM).
- 14.-Ley Contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer.(Decreto número 22-2008. Congreso de la República de Guatemala.)
- 15.-Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. (Decreto número 9-2009. Congreso de la República de Guatemala.)
- 16.- Modelo de extensión de cobertura MSPAS feb-2010.
- 17.- Ley general de descentralización. (Decreto No. 14-2002)

BRECHAS ESPECÍFICAS DE LA ATENCION EN SALUD:



NORMA

Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2010.

BRECHAS

Orientado a la identificación de problemas de salud existentes, crece bien, desnutrición, obesidad. No a la prevención. enfoque curativo



Las recomendaciones de sulfato ferroso semanales para niños de 12 a 18 meses y de 18 a 23 meses. Varían dependiendo de la presentación suspensión, gotero, tableta, cuando se realizan equivalencias se prescriben mayor dosis en la presentación en gotas que en suspensión



No obliga el monitoreo y supervisión del desempeño en la oferta y provisión del servicio.



Plan Nacional de Atención y Prevención de la Desnutrición Aguda y Crónica en Guatemala (2009)

Se orienta a la identificación temprana de niños y niñas menores de 5 años que presentan signos de desnutrición, obesidad. Más que a promover estilos de vida saludables, buenas prácticas de alimentación en el hogar.

SOLUCION

Incluir en las Normas de Atención la prevención de problemas nutricionales a través de buenas prácticas de alimentación. Por ejemplo: Estrategia AINMC.



Revisar y readecuar las dosis recomendadas de acuerdo a tipo de presentación farmacológica de sulfato ferroso.








Incluir en las Normas de Atención la obligatoriedad del monitoreo y supervisión sistemático del desempeño en la oferta y provisión de servicios de monitoreo del crecimiento



A partir del 2010 el plan se enfoca prioritariamente en:

- Búsqueda activa de casos de desnutrición aguda en menores de 5 años.
- Seguimiento domiciliario

		de las niñas y niños diagnosticados con desnutrición
		<ul style="list-style-type: none"> Atención oportuna y de calidad a las niñas y niños diagnosticados con desnutrición en red de establecimientos de salud del país
Protocolo para el tratamiento a nivel Hospitalario de la Desnutrición Aguda y Severa, sus complicaciones en el paciente pediátrico	No identifica que actor clave debe dar seguimiento al niño y familia atendido por desnutrición aguda severa a nivel hospitalario, en la comunidad.	Debe establecerse previo al egreso del niño o niña desnutrida la persona responsable en la comunidad responsable de dar seguimiento, reportar cambios al sistema de vigilancia nutricional
		
Protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones en la comunidad	Contempla el tratamiento para niños o niñas con desnutrición aguda severa en la comunidad, de acuerdo al protocolo. Nuevamente el enfoque es curativo no preventivo, antes que se desnutra el niño	Fortalecer la estrategia educativa AINMC para orientación y prevención de la desnutrición aguda a través de incorporar buenas prácticas en el hogar
		
Manual para la vigilancia epidemiológica de la desnutrición	Se orienta a la captación oportuna de casos de desnutrición aguda, no la prevención	Reorientar el monitoreo del crecimiento, las charlas informativas de manera de fomentar las buenas prácticas de alimentación en el hogar, las visitas domiciliarias para el niño enfermo a fin de prevenir la desnutrición

Vectores

Política de
Desarrollo
Social y
Población

Políticas
Institucionales:
Mejorar y
ampliar la
cobertura de
atención y
prestación de
los servicios de
salud integrales
e integrados.

Leyes

Código de
salud.
(decreto 90-
1997)

Ley de desarrollo
Social (decreto
42-2001)

Reglamentos

Reglamento orgánico
interno (115-99)

Brecha: no se cuenta con
reglamento que operativice la
ley

NORMA

Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2010.

BRECHAS

Orientado al diagnóstico de la enfermedad, describe síntomas, signos y pruebas de laboratorio. Describe el tratamiento a utilizar. No describe acciones preventivas: identificación de zonas de riesgo, medidas de limpieza de medio. Enfoque curativo



No obliga el monitoreo y supervisión del desempeño en la oferta y provisión del servicio.

SOLUCION

Incluir en las Normas de Atención la prevención del dengue, la malaria por ejemplo: eliminación de recipientes que constituyen de criaderos huevos, limpieza de pilas o recipientes de agua. Uso de pabellones impregnados con piretrinas. Incorporar medidas de control del vector de tipo natural (uso de plantas como el árbol de neem, siembra de árboles para secar pantanos etc.).



Incluir en la Normas de Atención la obligatoriedad del monitoreo y supervisión sistemático del desempeño en la oferta y provisión de servicios Utilización de indicadores para monitoreo de las acciones de control y reducción de vector.

Atención de Parto y Neonato

Leyes

Política de
Desarrollo
Social y
Población

Programa
Nacional de
Salud
Reproductiva

Ley de
Desarrollo
social
(decreto 42-
2001)

Ley de la
Maternidad
Saludable(32-
2010)

Ley de
pueblos
indígenas (8-
2010)

Brechas Reglamentos

Formación y aplicación de reglamento para
la maternidad saludable y la aplicabilidad de
ley de los pueblos indígenas.

NORMA

Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2010.

Ley de Maternidad Saludable

Ley de Pueblos Indígenas.

BRECHAS

No desagrega la atención de parto y del neonato, por nivel de atención ni capacidad de resolución de cada servicio.



Describe ciertas intervenciones que salvan vidas, por ejemplo para neonatos, el equipamiento solo está disponible en algunos establecimientos del segundo nivel de atención. No en todos.



La ley de maternidad saludable contempla proveedor, calificado, la Unidad de pueblos indígenas habla sobre la abuela comadrona que puede aplicar la medicina tradicional y verse como capacitada.



No en todas las comunidades hay cobertura de servicios accesibles geográfica y culturalmente adaptados.

SOLUCION

Readecuar las Normas de Atención en Salud Integral, desagregando procesos de atención para cada nivel de atención, en especial al primer nivel de atención



Ley Orgánicas del Presupuesto de la Nación, promoviendo la realización de compra de insumos básicos y que cuenten con el material mínimo de insumos para la atención de la población.



Incluir en ambas leyes la descripción, y la reglamentación específica de este personaje y su aplicación en cada nivel de atención.



Incluir en la Ley orgánica del presupuesto de la nación, la formación o adecuación de los servicios de salud, ubicados geográfica, estratégicamente con características poblacionales y epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materna y neonatal, con pertinencia cultural.

**Modelos de atención en
salud**



Propone una nueva nomenclatura para los servicios de salud (Centros de Atención Permanente, Centros de Atención Integral Materno Infantil, Centros de Urgencias Médicas, sin requerimientos específicos.



Incluir en reglamento interno del Ministerio de Salud, los acuerdos ministeriales específicos para la asignación presupuestaria adecuada a cada servicio.

Atención a la vacunación

Leyes

Constitución
Política de la
República de
Guatemala



Ley del
Presupuesto
General

Acuerdos
de Paz

Código de Salud

Reglamentos

Programa ampliado de Inmunizaciones

NORMA			
Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2010.			
	BRECHAS		SOLUCION
	<p>Infraestructura actual Almacenes de Vacunas de las DAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Ubicados en lugares reducidos, improvisados y altamente congestionados –Insuficiente capacidad de equipos frigoríficos –Pobre mantenimiento –Déficit de almacenamiento evidenciado y documentado en las 29 DAS 		<p>Adecuar la Ley del Presupuesto General, para mejorar la infraestructura, y procesos de adquisición mantenimiento de la cadena de frio en todos los niveles de atención de salud.</p>
			
	Adquisición de nuevas vacunas para uso general de la población en general		Ley Orgánicas del Presupuesto de la Nación, promoviendo la realización de compra de insumos para el manejo del material mínimo para la atención de la población.

Planificación Familiar

Política de
Desarrollo
Social y
Población

Programa
Nacional de
Salud
Reproductiv
a

Leyes









Ley de
Desarrollo
social (decreto
42-2001)

Ley de acceso
universal y
equitativo de
servicios de
planificación
familiar

Ley del
impuesto sobre
distribución de
bebidas
alcoholicas.
(21-2004)

Reglamentos

Reglamento de ley de acceso universal y
equitativo de servicios de planificación familiar y
su integración en el PNSR

NORMA		
Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2010.		
	BRECHAS	SOLUCION
	No desagrega la oferta de métodos de planificación familiar por nivel de atención ni capacidad de resolución del servicio	Readecuar las Normas de Atención en Salud Integral, desagregando procesos de atención para cada nivel de atención.
		
	Refiere para su operativización a la guía de planificación familiar	Incluir en las Normas de Atención lineamientos para aplicación de las normas de Planificación familiar
		
	No obliga el registro de la oferta y provisión de servicio en el sistema de información	Incluir en la Normas de Atención la obligatoriedad del registro de la información
		
	No obliga el monitoreo y supervisión del desempeño en la oferta y provisión del servicio.	Incluir en la Normas de Atención la obligatoriedad del monitoreo y supervisión sistemático del desempeño en la oferta y provisión de servicios de planificación familiar
		
	No obliga la inclusión en el Plan Operativo Anual de insumos necesarios para la administración de los métodos anticonceptivos	Asegurar la utilización de información sobre consumo y necesidades de insumos y métodos anticonceptivos, contenidos en la normas de atención, en el Plan Operativo Anual de cada servicio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social