

# **Informe Global de Evaluación de Modelo Integral de Salud Implementado sobre la Base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local en Guatemala**

**Iván Darío Puerta  
Alicia Borges Månsson  
Marta Medina Sandino  
Edwin Haroldo Mayén Alvarado**

**Department for Latin America**



# Informe Global de Evaluación de Modelo Integral de Salud Implementado sobre la Base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local en Guatemala

**Iván Darío Puerta**  
**Alicia Borges Månsson**  
**Marta Medina Sandino**  
**Edwin Haroldo Mayén Alvarado**

**Sida Evaluation 07/49**

**Department for Latin America**

This report is part of *Sida Evaluations*, a series comprising evaluations of Swedish development assistance. Sida's other series concerned with evaluations, Sida Studies in Evaluation, concerns methodologically oriented studies commissioned by Sida. Both series are administered by the Department for Evaluation and Internal Audit, an independent department reporting directly to Sida's Board of Directors.

This publication can be downloaded/ordered from:  
<http://www.sida.se/publications>

Authors: Iván Darío Puerta, Alicia Borges Månsson, Marta Medina Sandino, Edwin Haroldo Mayén Alvarado.

The views and interpretations expressed in this report are the authors' and do not necessarily reflect those of the Swedish International Development Cooperation Agency, Sida.

Sida Evaluation 07/49  
Commissioned by Sida, Department for Latin America

Copyright: Sida and the authors

Registration No.: U 11v.g.23-2  
Date of Final Report: August 2007  
Printed by Edita Communication AB, 2007  
Art. no. Sida40851es  
ISBN 978-91-586-8190-3  
ISSN 1401—0402

SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY  
Address: SE-105 25 Stockholm, Sweden. Office: Valhallavägen 199, Stockholm  
Telephone: +46 (0)8-698 50 00. Telefax: +46 (0)8-20 88 64  
E-mail: [sida@sida.se](mailto:sida@sida.se). Homepage: <http://www.sida.se>

# Índice

|                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Agradecimientos .....</b>                                                           | <b>2</b>   |
| <b>Resumen Ejecutivo .....</b>                                                         | <b>3</b>   |
| <b>1. Introducción .....</b>                                                           | <b>5</b>   |
| <b>2. Intervención Evaluada .....</b>                                                  | <b>7</b>   |
| 2.1. Objetivo General.....                                                             | 7          |
| 2.2. Objetivos Específicos .....                                                       | 7          |
| 2.3. Metodología.....                                                                  | 7          |
| 2.4. Contexto del Proyecto Evaluado .....                                              | 7          |
| <b>3. Hallazgos de la Evaluación.....</b>                                              | <b>9</b>   |
| 3.1. Línea Basal .....                                                                 | 9          |
| 3.2. Recategorización de los Servicios de Salud.....                                   | 9          |
| 3.3. Sistema de Referencia y Respuesta.....                                            | 12         |
| 3.4. Atención a la Madre .....                                                         | 12         |
| 3.5. Atención al Niño.....                                                             | 13         |
| 3.6. Violencia Intrafamiliar, VIF; Violencia Basada en Género, VBG y Salud Mental..... | 14         |
| 3.7. Medicina Tradicional .....                                                        | 14         |
| 3.8. Acceso a Medicamentos .....                                                       | 15         |
| 3.9. Sangre Segura.....                                                                | 15         |
| 3.10. Papel Rector del MSPAS .....                                                     | 16         |
| 3.11. Gestión Local.....                                                               | 17         |
| 3.12. Participación Social .....                                                       | 20         |
| 3.13. Transferencia de Capacidades .....                                               | 23         |
| 3.14. Hallazgos Relevantes en la Ejecución del Proyecto.....                           | 28         |
| <b>4. Conclusiones de la Evaluación .....</b>                                          | <b>33</b>  |
| <b>5. Lecciones Aprendidas .....</b>                                                   | <b>36</b>  |
| <b>6. Recomendaciones .....</b>                                                        | <b>37</b>  |
| <b>7. Glosario de Términos del Proyecto .....</b>                                      | <b>40</b>  |
| <b>Apéndice 1 Términos de Referencia, TdR, de la Misión .....</b>                      | <b>43</b>  |
| <b>Apéndice 2 Informe DASQ, del Área de Salud del Quiché .....</b>                     | <b>73</b>  |
| <b>Apéndice 3 Informe DASH, del Área de Salud de Huehuetenango .....</b>               | <b>85</b>  |
| <b>Apéndice 4 Informe DASI, del Área de Salud de Ixil.....</b>                         | <b>96</b>  |
| <b>Apéndice 5 Informe DAS Ixcan, del Área de Salud del Ixcan.....</b>                  | <b>107</b> |
| <b>Apéndice 6 Informe DAS AV, del Área de Salud Alta Verapaz.....</b>                  | <b>117</b> |

## Agradecimientos

El equipo de evaluadores presenta sus más sinceros agradecimientos a las autoridades del MSPAS, OPS/OMS, Embajada de Suecia y las diferentes instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales quienes facilitaron y apoyaron la realización de las actividades de evaluación del Proyecto Asdi III.

*El presente informe ha sido solicitado y financiado por Asdi de SUECIA. Las opiniones expresadas y sus recomendaciones provienen del grupo de consultores de Indevelop y NO representan necesariamente el concepto oficial del Gobierno de Suecia.*

## Resumen Ejecutivo

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local” fue planteado inicialmente en mayo de 2003 para ser desarrollado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, con la Cooperación Técnica de la representación nacional de OPS/OMS y la financiación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, Asdi.

A partir de enero de 2004, el país en su proceso democrático cambió de autoridades de gobierno, quienes ratificaron el compromiso de cumplir con los acuerdos de paz y de las metas de desarrollo del milenio. En el marco de las políticas gubernamentales, el MSPAS definió las nuevas políticas de salud para el periodo 2004–2008 y como consecuencia se realizó un reagrupamiento de programas de atención a las personas para hacerlos más operativos a nivel local mediante un enfoque de intervención por ciclos de vida. En este nuevo contexto se reorientaron las acciones del proyecto respetando los resultados esperados, proponiéndolos como resultados intermedios e integrándolos en tres resultados esperados con el propósito de aprovechar las potencialidades del proyecto para el desarrollo integral del Modelo de Atención y Gestión del II nivel de atención del SIAS procurando el desarrollo del recurso humano, promoviendo la participación social y fortaleciendo la capacidad de la gestión local.

Las contribuciones específicas del proyecto son:

- Fortalecer el Modelo de Atención Integral en su atención y gestión,
- Apoyar la disponibilidad de recurso humano competente en forma suficiente,
- Fortalecer la infraestructura de los servicios de salud recategorizados acorde a la cartera de servicios correspondiente.

El proyecto inició su ejecución a partir del primer trimestre de 2005 con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población de los 69 municipios de los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz con énfasis en la atención materno infantil. Su propósito ha sido fortalecer fundamentalmente el segundo nivel de atención a través del desarrollo e implementación de un modelo integral de Atención y Gestión con equidad, calidez, participación social y gestión local, que mejore la capacidad de resolución y calidad de los servicios de salud de las poblaciones beneficiadas.

Dado que el año 2004 fue de reordenamiento institucional, de definición de políticas, de construcción de equipos de trabajo, diseño del modelo integral de salud, del levantamiento de la línea basal y que el primer semestre del 2005 fue utilizado para completar el proceso de planificación en todos los niveles, el Ministerio de Salud, Suecia y la OPS/OMS estimaron conveniente la extensión del período de vigencia del Proyecto y sus Convenios a junio del 2008, con el propósito de lograr un mejor empalme con la siguiente administración.

La OPS/OMS ha propuesto contribuir al alcance de los objetivos y resultados propuestos y la sostenibilidad de los mismos. Durante los años 2005 y 2006, la cooperación técnica previó fortalecer los niveles central y locales del MSPAS, apoyando la construcción de las capacidades para que a partir del año 2007, el MSPAS tuviera el control total técnico, administrativo y financiero del proyecto.

Los compromisos específicos del MSPAS en su ejecución, OPS/OMS en su cooperación técnica y el Gobierno de Suecia en su financiamiento, quedaron ajustados de la siguiente forma:

- La cooperación financiera del Gobierno de Suecia será utilizada adecuada y transparentemente para que cause el impacto esperado en las condiciones de salud de la población beneficiada por el proyecto,

- Se desarrollarán y fortalecerán los Modelos de Atención del primero y segundo nivel y el Modelo de Gestión de las Direcciones de Área de Salud a través de:
  - articulación de la red de servicios caracterizados por su cartera de servicios, infraestructura y recursos humanos, que determinan su complejidad y complementariedad,
  - coordinación para el fortalecimiento y desarrollo del primer y segundo nivel, y
  - funcionalidad del sistema de referencia y respuesta, asegurando la accesibilidad.
- El Ministerio de Salud debería mantener y superar su compromiso de ejecutar el Proyecto en los tres departamentos y cinco Áreas de Salud implementando acciones en sus 69 Municipios,
- El MSPAS brindará asistencia técnica permanente lo que garantizará que se presupuesten los recursos gubernamentales para la sostenibilidad de la cartera de servicios, la infraestructura y los recursos humanos y materiales,
- La participación consciente y deliberante de los diferentes actores del nivel local en la prestación de servicios contribuirá a la sostenibilidad en el tiempo de los productos alcanzados en la aplicación del Modelo.

El año 2007, representa el tercer año de ejecución del proyecto en donde la OPS/OMS ha recibido el 94% del total del recurso presupuestario ofrecido por el Gobierno de Suecia (total estimado a junio 30 de 2007, US \$ 7,203,689) de los cuáles se han ejecutado el 71% por parte del MSPAS. Sin embargo, el proyecto ha sufrido algunos retrasos en su ejecución. Por lo tanto, en última reunión tripartita de marzo de 2007 se acuerda una prórroga a la ejecución del proyecto con una fecha técnica de cierre para el 31 de diciembre de 2007, realizar una evaluación externa del proyecto en julio de 2007 y estudiar la posibilidad de establecer una prórroga adicional en tiempo y recursos adicionales para el año 2008.

El contexto actual de Guatemala, se presentan algunas características que tienen un efecto indirecto en la ejecución del proyecto. Estas son:

- Durante el primer cuatrimestre del año 2007, el país realizó la jornada nacional de vacunación contra Sarampión y Rubéola, SR, representando una prioridad nacional para el MSPAS. Esta situación retrasó las actividades contempladas por el POA del proyecto, sin embargo, se espera recuperar su dinámica durante el segundo cuatrimestre de 2007,
- Durante el segundo semestre de 2007 (septiembre) se realizarán elecciones generales y, por lo tanto, un nuevo equipo de gobierno asumirá funciones el 14 de enero de 2008,
- El país sufre actualmente una crisis en sus hospitales relacionado con la limitación en su funcionamiento asociado a un déficit presupuestario, situación que ha generado dificultades de orden operativo a nivel del MSPAS.

La presente evaluación externa del proyecto pretende conocer el nivel de avances en su ejecución, identificar algunas oportunidades favorables al logro de los resultados propuestos y establecer una serie de recomendaciones para la continuidad y sostenibilidad de acciones. Los hallazgos obtenidos y las recomendaciones propuestas se desarrollan a continuación en el presente informe de evaluación.

# 1. Introducción

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local” es una propuesta de intervención del sector salud en Guatemala para la equidad y la disminución de las brechas existentes, facilitando el acceso geográfico, socio económico, cultural y de género; favoreciendo la disponibilidad de recursos humanos suficientes y competentes; apoyando el desarrollo de los servicios de salud con infraestructura y equipamiento adecuados con el fin de lograr que los servicios de salud de segundo nivel extiendan su cobertura mediante servicios de salud con calidad y calidez.

El proyecto ha pretendido contribuir al fortalecimiento del Modelo Integral de Salud con énfasis en el primer y segundo nivel de atención, tomando en cuenta sus componentes de atención y gestión, privilegiando la Rectoría, la Participación Social, la Gestión Local y los procesos interculturales de la salud.

Para que el Modelo Integral de Salud se fortalezca e implemente se debía contar con los recursos humanos competentes y suficientes, una infraestructura acorde a la cartera de servicios y un equipo suficiente y en buen estado.

Por lo tanto, en su ejecución, el proyecto ha propuesto tres resultados esperados en su ejecución:

1. Modelo integral de atención y gestión implementado en los departamentos de Huehuetenango, Alta Verapaz y El Quiché,
2. El papel rector del MSPAS se ha fortalecido en las funciones de conducción, regulación y vigilancia,
3. Sistema de participación incluyente en el marco del modelo de atención y gestión en los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz al finalizar el proyecto.

Para la ejecución del proyecto en el MSPAS, se definieron tres niveles de organización del proyecto: nivel político, nivel central y nivel operativo.

El nivel político, bajo la responsabilidad del Viceministro Técnico, estableció una coordinación general, delegando en su Dirección General del SIAS la responsabilidad de la coordinación ejecutiva del proyecto mediante el Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud, el cuál se coordina con la Gerencia General Administrativa y Financiera, la Dirección de Recursos Humanos y la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.

La Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos, UCP y P, dependencia directa del Despacho Ministerial, se encarga de la coordinación, enlace y asistencia técnica en el contexto del ciclo general de proyectos de cooperación nacional e internacional del MSPAS con el fin de integrar y optimizar adecuadamente sus recursos. En el contexto del proyecto, la UCP y P facilita el enlace y la asistencia técnica con las direcciones generales y el Centro Nacional de Epidemiología. A través de la coordinación administrativa y financiera, se responsabiliza de la administración de los recursos presupuestales provenientes del proyecto.

En el nivel central del MSPAS, la ejecución del proyecto se encuentra bajo la responsabilidad del Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud con apoyo de la UCP y P. Se tiene establecido que la dirección final de los recursos de cooperación se hacen en forma conjunta entre las autoridades centrales y locales del MSPAS con la OPS/OMS, quienes a su vez informan a Asdi y a los comités departamentales y municipales de salud sobre la planificación y ejecución de los mismos.

El nivel central del MSPAS en conjunto con la OPS/OMS se comprometieron a dar seguimiento a los procesos de elaboración y aprobación de los informes financieros por las autoridades respectivas sobre

el manejo presupuestario, según área de responsabilidad. El MSPAS en el proceso de fortalecimiento de su rol rector se compromete en dar sostenibilidad y continuidad al manejo transparente y eficiente de la cooperación externa, tanto técnica como administrativamente.

A nivel operativo, las Direcciones de Área de Salud, DAS, son las responsables de la ejecución del proyecto a nivel departamental y los Distritos Municipales de Salud, DMS, los responsables de su ejecución a nivel municipal en conjunto con sus gobiernos locales. Las DAS y DMS debieron establecer las Comisiones Departamentales de Salud y las Comisiones Municipales de Salud respectivamente para mejorar la salud de las poblaciones de los departamentos y municipios y por consiguiente para alcanzar los resultados planteados en el proyecto. Las Comisiones de Salud Departamentales y Municipales debieron asegurar la participación de representantes de grupos organizados de mujeres, de indígenas, de migrantes y de desarraigados e incorporados.

La OPS/OMS, para dar cumplimiento a los propósitos y objetivos del proyecto se comprometió a ofrecer cooperación técnica bajo las siguientes modalidades: cooperación técnica directa desde la sede de la Representación en la ciudad de Guatemala y cooperación técnica programada en el ámbito local, (en los municipios y departamentos) del proyecto. La OPS es responsable de brindar cooperación técnica oportuna y efectiva en función del acompañamiento con carácter multidisciplinario para la transferencia de conocimientos y experiencias exitosas.

El Proyecto debe contribuir al término del mismo a que en los departamentos beneficiarios se alcancen las siguientes metas vinculadas con los Acuerdos de Paz y con Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio:

- Reducción de la razón de mortalidad materna en 25 por ciento <sup>(1)</sup>
- Reducción de la mortalidad infantil en 10 por ciento <sup>(2)</sup>
- Mantener erradicada la poliomielitis y sarampión.
- Ampliar los esquemas de vacunación en los 69 municipios del proyecto.
- Lograr coberturas útiles de todos los biológicos según normas del Programa Nacional de Inmunizaciones.
- Reducción de la prevalencia de la desnutrición crónica en 10 por ciento en niños menores de 36 meses <sup>(3)</sup>.

---

<sup>1</sup> De acuerdo a la Línea Basal de Mortalidad Materna del 2000,

<sup>2</sup> De acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el INE del año 2004,

<sup>3</sup> Según línea basal de Asdi III

## 2. Intervención Evaluada

### 2.1. Objetivo General

Medir el impacto potencial favorable y logros alcanzados en la ejecución del Proyecto Asdi III desde su inicio hasta marzo de 2007 y analizar la pertinencia en la modalidad de cooperación empleada con el fin de orientar las intervenciones futuras de apoyo.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Conocer el grado de avance en la ejecución del proyecto durante el año 2006 (periodo Marzo 2006–Marzo 2007),
- Realizar un análisis de avances y logros según las políticas de salud 2004–2008 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS,
- Visitar las 5 Áreas de Salud (Quiché, Huehuetenango, Alta Verapaz, Ixil e Ixcán) en los 3 Departamentos beneficiados por el proyecto (Quiché, Huehuetenango y Alta Verapaz), así como visitar algunos de los municipios y distritos beneficiados con el fin de conocer el grado de avance de los resultados propuestos para su ejecución.

Las actividades y alcance de la evaluación se encuentran planteadas en los Términos de Referencia, TdeR, propuestos y definidos con Asdi en la Embajada de Suecia en Guatemala (Ver Apéndice 1).

### 2.3. Metodología

Con base en los informes de avance del año 2006, informes descriptivos de Línea Basal 2003 y planes operativos anuales – POAs – 2007, se realizó un análisis de logros obtenidos en la ejecución del proyecto con corte a marzo 2007 considerando el alcance propuesto por los ejecutores del MSPAS en el POA 2006.

Para la realización de la evaluación, se establecieron Listas de Chequeo para cada nivel de evaluación (central y para cada área de salud), las cuáles fueron entregadas previamente a cada equipo responsable en el MSPAS para su desarrollo en forma previa a la misión. Dichas Listas de Chequeo fueron el insumo de partida para cada visita y facilitaron el trabajo con los diferentes equipos. Además, se elaboró una agenda de trabajo, la cuál fue puesta en consideración y aprobada por el Sr. Ministro de Salud al momento de la presentación de la misión de evaluación (Ver Apéndice 1.2. Agenda de Misión).

El Apéndice 1.3., presenta un listado del personal participante en la evaluación, incluyendo representantes de las instituciones, organizaciones y otros actores visitados o entrevistados durante las visitas de campo.

Los principales avances y logros identificados para cada uno de los resultados propuestos por el proyecto se presentan a continuación. Se mencionan los beneficios observados en la ejecución con corte a marzo de 2007 y se plantean algunas observaciones y recomendaciones técnicas y operativas para ser consideradas por los responsables de la ejecución del proyecto.

### 2.4. Contexto del Proyecto Evaluado

El Proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local” propuesto inicialmente en mayo de 2003 fue objeto de ajuste mediante un Plan de Acción propuesto por el MSPAS en junio de 2005 con el fin de articularlo con las Políticas de Salud 2004–2008 mediante 3 resultados esperados expresados en 10 resultados intermedios

con sus respectivas indicadores, actividades y tareas acordados en los Planes Operativos Anuales, POAs, del proyecto.

La estrategia fundamental de trabajo para el MSPAS ha sido la implementación de un Modelo de Atención Integral articulador de los Modelos de Atención y Gestión en los diferentes niveles del sistema para fortalecer la red de prestación de servicios en forma complementaria mediante un sistema operativo de referencia y contrarreferencia con énfasis en el primer y segundo nivel de atención. Para lograr la implementación del Modelo de Atención Integral, el proyecto propone para los 3 departamentos el apoyo al financiamiento de los servicios básicos de salud para el primer y segundo nivel; ayudar al fortalecimiento del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación; fortalecer el funcionamiento de la referencia y respuesta en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud; apoyar en la socialización del modelo de atención integral con la población organizada y el sector salud; y fortalecer las acciones para la gestión en salud en los equipos institucionales, los gobiernos municipales y los actores sociales locales en los distritos.

Otro aspecto relevante para el proyecto es apoyar el fortalecimiento del papel Rector del MSPAS en sus funciones esenciales de conducción, regulación y vigilancia en salud. Para esto se pretende lograr una rectoría clara y fuerte en el nivel central y las Direcciones de Áreas de Salud; DAS, y una consolidación del sistema de conducción de la asistencia técnica y de la cooperación internacional.

En su Modelo de Atención Integral, el MSPAS pretende una participación social incluyente. El proyecto apoya la participación social en salud para los 3 departamentos mediante el fortalecimiento de la organización social y comunitaria local en los municipios, facilitar la creación y desarrollo de las comisiones municipales de salud en los COCODES; COMUDES Y CODEDES y favorecer el proceso de auditoría social responsable y comprometida.

El proyecto cubre actualmente 69 Municipios en los 3 departamentos, atendidos por las 5 DAS, beneficiando en forma directa una población total de 2,278,300 habitantes (20% de la población total del país) de las cuáles, el 77% son provenientes del área rural. En la Tabla No 1 se presenta el consolidado de la población beneficiada por el proyecto según Departamento, Sexo y ubicación geográfica (Urbana o Rural). Además de la distribución porcentual por departamento.

“Las razones fundamentales de extensión a otros municipios no considerados inicialmente obedece a la meta de cubrir 1,200,000 habitantes más con el proceso de extensión de cobertura (la mayor parte de esta población a ser atendida corresponde a los departamentos donde se ejecuta el proyecto) y a la racionalización de los recursos que ha contribuido la mejora en la calidad del gasto. Esto se verá reflejado en la contribución de Gobierno, que tendrá un incremento mayor de lo previsto en el documento de proyecto de mayo 2003” (Tomado del Documento de referencia “Plan de Acción del Proyecto, Junio de 2005).

**Tabla No 1**  
**Población Beneficiada por el Proyecto Consolidado Según Departamento, Sexo y Área Geográfica**  
(Instituto Nacional de Estadística, INE, República de Guatemala. 2002)

| Departamento                           | Población total | Sexo      |           | Área Geográfica |           | % Población proyecto |
|----------------------------------------|-----------------|-----------|-----------|-----------------|-----------|----------------------|
|                                        |                 | Hombres   | Mujeres   | Urbana          | Rural     |                      |
| Total HUEHUETENANGO                    | 846,544         | 411,320   | 435,224   | 192,099         | 654,445   | 37                   |
| Total QUICHÉ                           | 655,510         | 317,096   | 338,414   | 161,591         | 493,919   | 29                   |
| ALTA VERAPAZ                           | 776,246         | 387,219   | 389,027   | 163,012         | 613,234   | 34                   |
| Total Población Objeto Proyecto        | 2,278,300       | 1,115,635 | 1,162,665 | 516,702         | 1,761,598 | 100                  |
| Porcentaje respecto al País            | 20              |           |           |                 |           |                      |
| Porcentajes propios de 3 Departamentos |                 | 49        | 51        | 23              | 77        |                      |

La asistencia técnica permanente del nivel central, pretende asegurar que las áreas de salud presupuesten los recursos gubernamentales para la sostenibilidad de la cartera de servicios, la infraestructura y los recursos humanos y materiales.

El proceso de reordenamiento de la extensión de cobertura mejorará los mecanismos de control, supervisión y evaluación de las Prestadoras y Aseguradoras, PSS/ASS, de tal manera, que la entrega de los servicios sea efectiva y eficiente, que fortalezca el rol rector del MSPAS y articule los niveles de atención entre sí. Se espera que la participación consciente y deliberante de los diferentes actores del nivel local, en el análisis, y el monitoreo de la prestación de servicios contribuirá a la sostenibilidad en el tiempo de los productos alcanzados en la aplicación del modelo. Así mismo, se impulsaran procesos innovadores de participación social y gestión local que fortalezcan la integralidad del modelo y la auditoría social.

En el Apéndice 1.4., se observa la distribución de la población beneficiada por Departamento, Área de Salud y Municipios con los respectivos porcentajes de distribución para cada uno.

## **3. Hallazgos de la Evaluación**

### **3.1. Línea Basal**

El año 2003 fue utilizado como año de referencia para la línea basal del proyecto. Se realizaron estudios en cada una de las áreas de salud incluidas en el proyecto, los cuales concluyeron en 2005. En estos estudios se incluye tanto la línea basal para los indicadores del proyecto como para otros indicadores, incluyendo: indicadores de estado de salud de la población (morbilidad y mortalidad), de recursos y servicios, de participación comunitaria, de ambiente económico, de ambiente socio-cultural y de ambiente demográfico. En nuestras visitas a las áreas de salud pudimos constatar que particularmente los indicadores del proyecto y algunos de estado de salud de la población son utilizados como punto de referencia para comparar y valorar el avance o cambios en los mismos a través del tiempo.

El equipo evaluador considera que se ha recolectado información muy valiosa, la cual podría ser analizada con mayor profundidad y utilizada para orientar acciones e intervenciones, especialmente la información relacionada con los aspectos socio-culturales, económicos y de saneamiento del medio de las regiones beneficiadas por el proyecto.

### **3.2. Recategorización de los Servicios de Salud**

El propósito de la recategorización de los servicios es reordenar la red y cartera de servicios, definiendo el nivel resolutivo que cada servicio de salud debe tener. Para llegar a esta definición se toman en cuenta criterios como: perfil epidemiológico, densidad de población, muerte infantil y materna, factibilidad de intervenir con el apoyo de las autoridades locales, capacidad financiera de las DAS y participación de proyecto de cooperación (Asdi, por ejemplo).

El proyecto apoyó la realización de los estudios de recategorización de los servicios en las cinco áreas de salud utilizando la metodología de Hanlon. Los estudios de recategorización fueron realizados con asistencia técnica del nivel central (Dirección General del SIAS) y participación de los equipos de dirección de las áreas de salud y municipios. Se realizó también un proceso de discusión en varios niveles que incluyó entre otros, mesas de trabajo a nivel de distritos y microregiones, discusión de salas situacionales en distritos y áreas de salud, reuniones departamentales, discusiones con alcaldes municipales. En las cinco áreas del proyecto, el Ministro de Salud participó en las negociaciones finales de los

estudios de recategorización. Como resultado de estos estudios, cada área de salud cuenta con una propuesta para el desarrollo de la red de servicios de segundo nivel en su territorio.

Las normas del segundo nivel de atención definen para cada tipo de servicio de salud, el nivel de resolución que debe tener, los servicios que debe prestar, la plantilla de recursos humanos, el equipamiento y los insumos y medicamentos que deben estar a disposición en el servicio. Las normas definen nuevas categorías según tipos de servicios en el segundo nivel, así:

- El Puesto de Salud Fortalecido (PSF): Establecimiento de menor complejidad del SIAS. Para poblaciones de aprox. 5,000 Habitantes. Atiende de Lunes a Viernes. No dispone de encamamiento,
- El Centro de Salud con Horario Ampliado (CENAPA): solamente atención para pacientes ambulatorios, no dispone de encamamiento. Para poblaciones de aprox. 10,000 Habitantes. Los horarios de atención pueden ser: a) De lunes a viernes, b) De lunes a domingo 8 horas y c) De lunes a domingo 12 horas,
- Los Centros de Atención Médica Permanente (CAP): Atención del parto no complicado, Con encamamiento (10 a 20 camas). Atención de partos e Infantil. Abierto 24 horas.
- Los Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI): En cabeceras municipales. Para poblaciones aprox. 40,000. Encamamiento de 20 a 30 camas. Especialidades básicas: Ginecobstetricia, Pediatría y Anestesiología,

Los Centros de Urgencias Médicas (CUM). Aunque aún no se encuentran funcionando, se proponen ubicados en cabeceras municipales con riesgos altos de violencia y accidentes, con encamamiento de 20 a 30 camas, con sala de urgencias, con quirófano para cirugías de urgencias y electivas. Deben prestar servicios médicos generales y de las especialidades básicas de cirugía general, traumatología, medicina interna y anestesiología. Para cobertura a poblaciones mayores de 40,000 habitantes.

El estudio de recategorización debería ser utilizado para guiar el apoyo que el proyecto brindaría para facilitar la implementación de la recategorización. Este apoyo fue llamado en el proyecto: fortalecimiento de los servicios.

Los servicios podrían ser fortalecidos mediante tres intervenciones: contratación de recursos humanos, mejoras en la infraestructura y suministro de equipamiento médico.

El proyecto apoyó acciones de fortalecimiento en un total de 119 servicios en las cinco áreas de salud. De éstos, 14 servicios contaron con apoyo de las tres intervenciones, los demás fueron apoyados con una o dos intervenciones. Un total de 44 de estos servicios fueron recategorizados, es decir pasaron a tener un nivel diferente de resolución.

La Tabla No 2 presenta un detalle de los tipos de servicios de salud recategorizados y fortalecidos con apoyo del proyecto, por área de salud.

**Tabla No 2 Tipos de Servicios de Salud Recategorizados y Fortalecidos, Distribución Según das 2006\***

| Area deSalud  | Municipio | Tipo de Servicio de Salud |         |     |       | Totales |
|---------------|-----------|---------------------------|---------|-----|-------|---------|
|               |           | PSF                       | CENEPAS | CAP | CAIMI |         |
| Ixil          |           |                           | 2       |     |       | 2       |
| Ixcán         |           |                           |         |     | 1     | 1       |
| Huehuetenango |           | 11                        | 8       | 1   | 1     | 21      |
| El Quiché     |           | 11                        | 2       | 1   |       | 14      |
| Alta Verapaz  |           | 1                         | 2       | 3   |       | 6       |
| Totales       |           | 23                        | 14      | 5   | 2     | 44      |

\* Fuente: Informe de Avances del Proyecto a 2006. MSPAS/OPS/Asdi

La Tabla No 3 presenta un resumen del número de servicios de salud fortalecidos con apoyo del proyecto en cada Área de Salud.

**Tabla No 3**  
**Servicios de Salud Fortalecidos por Área de Salud**

| Área de salud | Contratación<br>Recurso Humano | Mejoramiento<br>Infraestructura | Equipamiento |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|
| Alta Verapaz  | 5                              | 1                               | 11           |
| Huehuetenango | 20                             | 23                              | 19           |
| Quiché        | 17                             | 35                              | 31           |
| Ixcán         | 7                              | 5                               | 8            |
| Ixil          | 4                              | 5                               | 7            |
| Total         | 53                             | 69                              | 76           |

Fuente: OPS/OMS

La decisión sobre cuáles servicios apoyar no correspondió siempre a las prioridades, tampoco a un plan estratégico para la implementación de la recategorización, excepto en el área de salud de Alta Verapaz. Cada área de salud hizo su propio abordaje. Por ejemplo, Quiché y Huehuetenango decidieron realizar acciones en todos los municipios. El área de salud de Alta Verapaz, elaboró un estudio para implementar la recategorización en 16 servicios de salud. Por la disponibilidad de recursos financieros se tomó la decisión de trabajar con apoyo del proyecto en seis servicios recategorizados.

Las áreas de salud tuvieron la responsabilidad de la ejecución de las obras de infraestructura pero no cuentan con personal especializado en estos aspectos. Los contratistas locales no cuentan con experiencia en trabajos de infraestructura médica, la asistencia técnica y seguimiento por parte del nivel central para las obras de infraestructura fue insuficiente, llegó tardíamente o no fue proporcionada a las áreas de salud.

Por tanto, no siempre se ha garantizado la calidad de los trabajos de infraestructura. Se identifica una debilidad en la planificación estratégica que permita una mejor estimación de los recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades de mejoramiento de infraestructura. El mejoramiento de la infraestructura no siempre fue acompañado de una revisión de la organización en la prestación de los servicios, de los flujos de personal, de la búsqueda de privacidad en la atención y del mejoramiento de las condiciones de iluminación y ventilación, entre otros. (i.e. CAIMIs Ixcán y Cuilco, Centro de Salud Lanquín y Centro de Salud Quiché).

Con frecuencia, la demanda local obliga a prestar servicios que no están en la cartera respectiva. En ocasiones el recurso humano puede prestar los servicios demandados, pero no se cuenta con los insumos, equipos, medicamentos necesarios, lo que repercute en la calidad del servicio que se brinda. La presión de la población es grande. Por ejemplo, en Ixcán el centro de salud fue recategorizado para ser un CAIMI, pero la población demanda un hospital distrital.

En la mayoría de los casos la dotación de insumos no se corresponde con el nivel de resolución de los servicios recategorizados, lo que resulta en una sub-utilización de los recursos humanos y la capacidad instalada (i.e. CAIMI San Cristóbal en Alta Verapaz).

Los entrevistados, tanto personal de salud como representantes comunitarios expresan gran satisfacción en aquellos casos en donde se ha contratado recursos humanos cuya necesidad ha estado pendiente de satisfacer por muchos años. El equipo de evaluación pudo observar esto en San Bartolomé Jocotenango, en donde la contratación de nuevo personal, mejoramiento de la infraestructura y provisión de equipo ha permitido ampliar los horarios de atención y observar gran satisfacción por parte de la comunidad.

Finalmente, según informan las directivas de la UCP y P, la experiencia del fortalecimiento de los servicios de salud en el segundo nivel de atención, impulsada por el proyecto, se ha extendido a nivel nacional con el apoyo financiero institucional, de otros proyectos de cooperación externa y de la participación local, contando a la fecha con 134 servicios fortalecidos a nivel nacional, detallados: 87 Puestos de Salud Fortalecidos (PSF), 23 Centros de atención ambulatoria con horario ampliado (CENAPA), 20 Centros de Atención Permanente (CAP) y 4 Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI).

### **3.3. Sistema de Referencia y Respuesta**

Los esfuerzos realizados para establecer el sistema de referencia y respuesta han estado centrados en el diseño, existencia y utilización de la boleta para hacer la referencia y contra-referencia. Esto es ciertamente un instrumento valioso, sin embargo el funcionamiento del sistema de referencia y respuesta debe abordar otros factores que influyen y en muchos casos determinan que la referencia tenga lugar, es decir, que efectivamente ocurra.

Es necesario tomar en cuenta mecanismos que permitan abordar las barreras económicas, las dificultades de transporte y caminos, así como también el respeto a la cultura de la población. Por ejemplo, para algunas etnias, la toma de decisiones en caso de enfermedad es colectiva (familiar). Para estas poblaciones es de vital importancia que permanezca cerca del paciente un familiar que sirva de interlocutor entre el proveedor de los servicios y la familia para la toma de decisiones respecto al enfermo (i.e. si se queda o no en el servicio o si se permite que se realice cierto procedimiento, por ejemplo). Muchas veces el rechazo a ser referido a un servicio de mayor complejidad (i.e. hospital) se da porque no hay posibilidades de este contacto.

### **3.4. Atención a la Madre**

La salud materna es una prioridad en las áreas de salud visitadas; situación que se refleja en la provisión de servicios, en el desarrollo de la infraestructura y servicios de apoyo de establecimientos de segundo nivel, en el paquete de servicios básicos de primer nivel a través de la prestadora y en la generación, registro y presentación de datos de la salud materna.

Con el grupo de embarazadas se han planteado alcanzar coberturas de atención prenatal, suplementar con micro nutrientes y vacunación con TDA de acuerdo a la norma, siendo en la mayoría de los casos un desafío que alcanzan a través de la oferta intensiva de servicios en el primer nivel de atención a través de la extensión de cobertura, capacitación a los equipos básicos de salud con énfasis en la comadrona y acciones en Información, Educación y Comunicación, IEC. El segundo nivel de atención brinda cobertura de servicios a su población objeto, básicamente con el fomento que el MSPAS hace de la demanda de los mismos.

Se mantiene una elevada proporción de partos domiciliarios, principalmente atendido por comadronas y en algunas áreas como Alta Verapaz se incluyen otros personajes como el partero, el esposo, otros familiares e incluso la misma embarazada. Esta tendencia empieza a ser diferente en los lugares en donde se implementa un CAIMI o donde se brinda atención permanente, pero debido a que no se ha completado la capacidad resolutoria de estos servicios, se realizan muchas referencias al siguiente nivel de atención que generalmente son los hospitales, no cumpliendo aún con el propósito de su recategorización y generando presión en el nivel hospitalario.

En la reducción de muerte materna, las áreas han realizado importantes esfuerzos en la implementación del Modelo de las Cuatro Demoras que causan muerte materna. (Ver Apéndice 1.5). Se vienen desarrollando acciones para que las mujeres, las familias, los líderes comunitarios, las comadronas y otros proveedores identifiquen las señales de peligro que ponen en riesgo la vida de las embarazadas,

parturientas, puérperas y los recién nacidos. En el mismo modelo se desarrollan acciones para que la toma de decisión en relación a quien y donde acudir por complicación sea oportuna, así también en preparativos económicos y logísticos para el traslado y cuidado de la casa y los hijos (ver planes de emergencia materno infantil).

Las causas de mortalidad materna están asociadas fundamentalmente a complicaciones que provocan hemorragia como la atonía uterina, rasgaduras perineales, retenciones placentarias entre otras, constituyéndose este grupo en la primera causa. Sin embargo los servicios de salud (según su nivel) aun no tienen garantizado el acceso a sangre segura.

Las áreas y los distritos están realizando acciones para fomentar la atención del parto limpio y seguro, facilitando para ello el maletín a las comadronas y capacitación; en esta última se hace énfasis en las señales de peligro y el proceso de referencia.

Además, se desarrollan acciones en planificación familiar, atención al recién nacido y maternidad saludable. Las actividades de capacitación han sido realizadas en conjunto con otros organismos no gubernamentales y de cooperación como Save the Children y UNFPA. Este proceso juega un papel importante en la aproximación cultural y en la reducción de la mortalidad materna ya que cerca del 90% de los partos son realizados por las comadronas.

Se realiza vigilancia epidemiológica de la muerte materna, utilizando para ello la autopsia verbal, que es el mecanismo que sirve para discriminar entre las muertes de mujeres en edad reproductiva y las muertes maternas. En algunos lugares se han implementado los comités de análisis de muertes maternas en el nivel departamental y municipal. En términos generales y con base en el análisis del comportamiento de los indicadores identificados en la línea basal, es posible observar que existe una tendencia en la reducción de la razón de muerte materna en forma progresiva desde 1996.

Otras iniciativas para sensibilizar sobre el problema de la muerte materna han sido los foros por la maternidad saludable, caminatas e intensas campañas de promoción en Información, Educación y Comunicación, IEC.

Persisten las dificultades para alcanzar coberturas adecuadas en el control post parto.

### **3.5. Atención al Niño**

Al igual que la salud materna, la salud infantil constituye la otra prioridad del MSPAS en las Áreas y Distritos visitados.

Esta priorización se puede percibir en el proceso de recategorización de los servicios de segundo nivel de atención que están orientados al desarrollo de capacidades institucionales para la atención de la morbilidad infantil. Este proceso complementa los esfuerzos que se realizan en la extensión de cobertura en donde se implementa la atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI-AIMNC.

Con los esfuerzos realizados por los diferentes niveles de atención, ha sido posible alcanzar niveles de coberturas útiles de vacunación con los diferentes biológicos del programa nacional de inmunizaciones y en este periodo se ha introducido con éxito la vacuna pentavalente. El MSPAS lideró una gran movilización con la participación de muchos sectores para alcanzar las metas de la campaña para la erradicación del Sarampión y el Síndrome de Rubéola Congénita durante el primer cuatrimestre de 2007.

Las estrategias de Información, Educación y Comunicación, IEC, se orientan a la prevención de las principales causas de morbilidad infantil y en los planes de emergencia comunitarios se encuentra, como prioridad, la reducción de la muerte infantil.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad están asociadas a procesos infecciosos respiratorios y gastrointestinales, determinados por el carente saneamiento del medio, disposición de agua insegura y al estado frecuente de desnutrición crónica en este grupo de la población. En las áreas de salud visitadas se ha observado que las tasas de mortalidad infantil se mantienen o su tendencia al descenso es mínima.

### **3.6. Violencia Intrafamiliar, VIF; Violencia Basada en Genero, VBG y Salud Mental**

Se han realizado esfuerzos preliminares para el desarrollo de acciones de salud mental y en VIF/VBG tanto a nivel central como en las áreas de salud. A nivel central se han actualizado las normas de atención por niveles para salud mental, alcoholismo/drogadicción y VIF/VBG. Estas normas han sido socializadas. Todas las áreas de salud cuentan con psicólogas las cuales brindan atención clínica y están a cargo de coordinar la implementación de las normas y protocolos de atención para estos programas. En muchos casos, la psicóloga tiene a cargo la coordinación de varios programas: adolescentes, salud mental, VIF/VBG; además de la atención clínica de los casos referidos.

Los avances en relación a implementar el modelo de atención integral a la VIF/VBG son incipientes. Se observan esfuerzos por participar en las comisiones de la mujer y comisiones de violencia que existen a nivel departamental.

### **3.7. Medicina Tradicional**

La medicina tradicional y popular tiene una fuerte presencia comunitaria y se identifica como una opción relevante al momento de solucionar la problemática de salud principalmente en las comunidades mas postergadas, rurales y de limitado acceso a los servicios de salud ofrecidos por el MSPAS en las DAS.

El programa de medicina tradicional cuenta con limitantes en la accesibilidad asociada para el logro de un impacto favorable en este componente, debido a la barrera cultural y lingüística existentes en la comunidad, el bajo compromiso del personal asistencial de salud en este tema y a la no interacción de los funcionarios del MSPAS con los actores de la medicina tradicional y popular, generando falta de interacción y complementariedad en la cobertura de salud en el país.

También el programa de Medicina Tradicional incorpora en normas de atención del primer y segundo nivel 17 esquemas de tratamiento con plantas medicinales validadas científicamente por el Vademécum nacional de plantas medicinales.

Por tal motivo se socializó y capacitó a dos o tres personas de las DAS sobre el vademécum y en 2006 se monitoreó el uso de esquemas de tratamiento de medicina tradicional (Fitoterapia) incluidas en normas de atención. La actividad de capacitación se replicará al personal de los servicios de salud durante el trimestre de julio a septiembre de 2007. Se prevé también el seguimiento en 2007 para establecer el cumplimiento de dos terapias de medicina tradicional incorporadas en los servicios de salud en las 5 DAS. Las actividades de capacitación fueron realizadas por la ONG Médicos Descalzos.

Sin embargo la medicina tradicional y popular tiene un avance incipiente en las Áreas ya que todavía no se han creado espacios de consenso y aproximación operativa entre los dos sistemas de prestación de servicios de salud. El proceso de iniciación de relaciones interculturales en salud con terapeutas tradicionales en 20% de los municipios del proyecto es una meta que difícilmente será cumplida al finalizar el proyecto.

### 3.8. Acceso a Medicamentos

El acceso a medicamentos de calidad y bajo costo es una necesidad sentida de la población.

El personal de los servicios del MSPAS, de las prestadoras de servicios, las comadronas, representantes y los líderes comunitarios plantean dificultades con el acceso a medicamentos. Se estima que en Guatemala, el 60% del gasto en salud corresponde a gastos de bolsillo de los ciudadanos, un 70% de este gasto es para la compra de medicamentos.

Para dar respuesta a esto, el gobierno de Guatemala ha creado el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM). Entre otros, a través de PROAM se crean y abastecen medicamentos a farmacias estatales, farmacias municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales. Se ofertan medicamentos genéricos a precios mucho más bajos que aquellos de las farmacias privadas.

El proyecto ha brindado capital semilla para el establecimiento de un total de 40 ventas sociales de medicamentos (VSM) y 140 botiquines rurales (BR) en 23 municipios en las áreas de salud del proyecto. Para las ventas sociales de medicamentos, VSM, el proyecto aporta Q 15,000 y para los botiquines rurales, BR, Q 1,500 como capital semilla. La organización dueña de estos establecimientos aporta una cantidad complementaria de Q 5,000 para las VSM y Q 500 para cada botiquín rural. Estos establecimientos están ubicados en la mayoría de los casos en localidades alejadas o en lugares en donde no existen farmacias u otros proveedores de medicamentos. PROAM brinda capacitación en la operación de estos centros, así como también seguimiento, control y supervisión del funcionamiento de los mismos (cuando ha brindado el capital semilla).

Esta estrategia nos parece adecuada, sin embargo pudimos constatar que existen dificultades operativas que no permiten que el beneficio del medicamento de calidad y a un costo accesible llegue a la población de forma constante. Los entrevistados, refieren que PROAM no abastece de los productos solicitados en el tiempo establecido, tampoco abastece todos los productos que se solicitan (tanto en número de productos como cantidad de los mismos).

Los equipos de dirección de las áreas de salud del proyecto desconocían que el proyecto estaba apoyando la apertura de estos establecimientos en los distritos respectivos. En algunos distritos, se han identificado comunidades que ameritan tener una VSM o un BR (i.e. en el centro de convergencia fortalecido de Pampalche en el Distrito de San Cristóbal, Alta Verapaz y en el Distrito de San Bartolomé Jocotenango en El Quiché).

### 3.9. Sangre Segura

Mejorar el acceso a sangre segura debe ser una prioridad para las áreas de salud y hospitales debido a la epidemia mundial de VIH/Sida y la prioridad programática de reducir la mortalidad materna que se relaciona con las hemorragias de elevada letalidad; pues representan mas del 50% de las muerte maternas en todas las áreas de salud del proyecto. En los hospitales y CAIMI's de los departamentos de Quiché, Huehuetenango y Alta Verapaz se pudieron apreciar diferentes niveles de avances en el tema de acceso a sangre segura; los que se describen a continuación de forma general:

- En algunos lugares se capacitaron técnicos de laboratorio para el manejo de técnicas de bancos de sangre y se realizaron pasantías de modo de asegurar las competencias necesarias.
- Se cuenta con el equipamiento básico en los servicios de salud de acuerdo a su nivel de resolución para la implementación de los depósitos de sangre y derivados.
- En Quiché se ha iniciado el programa de donante voluntario, con spot de televisión en sistemas de cable local y promoción de la donación voluntaria sin remuneración a fin de reducir los riesgos.

- El Banco de Sangre de El Quiché, funcionará como banco regional; abasteciendo a los hospitales distritales de Joyabaj, Nebaj y Uspantan; así también se abastecerá al Hospital de Huehuetenango y eventualmente al Hospital de Sololá.
- En los servicios recategorizados de segundo nivel, aun existen dificultades conceptuales de que tipo de recurso le corresponde en materia de Sangre Segura.
- A pesar de los avances encontrados, en la práctica aun no se dispone de los mecanismos funcionando para garantizar el acceso a sangre segura en los sitios donde hay capacidad resolutive.

### 3.10. Papel Rector del MSPAS

#### 3.10.1. Participación Intersectorial

Con diferente nivel de avance, son diversas las actividades que a nivel departamental y municipal se coordinan con otros sectores entre los que se destacan:

- *Con el Sector Educación:* La implementación de la Estrategia de Escuelas Saludables y la estrategia de trabajo con los y las adolescentes. Se distribuyó el manual de las Escuelas Saludables como parte de este esfuerzo intersectorial.
- *Con el Sector Justicia:* Ministerio Público, Policía Nacional Civil, Procuraduría de los derechos Humanos, Tribunales de Justicia, Grupos organizados de mujeres entre otros. Principalmente en la implementación del modelo de abordaje integral a las víctimas de violencia, Violencia Intrafamiliar, VIF/ Violencia Basada en Género, VBG y Violencia Sexual. En algunas áreas de salud, este sector apoya la reducción de la muerte materna.
- *Seguridad Alimentaria:* MAGA, SOSEP-Creciendo Bien, SESAN, Municipalidades y ONG's que reparten alimentos, principalmente para la priorización y abordaje integral de los municipios y comunidades en riesgo de desnutrición. Monitoreo del crecimiento del niño.
- *FONAPAZ y Municipalidades:* Principalmente para la ejecución de proyectos de mejoramiento de infraestructura y equipamiento de servicios de salud, introducción y mejoramiento de sistemas de agua y en algunos municipios drenajes y basuras. Además con el registro civil para el tamizaje de las muertes de mujeres en edad reproductiva y al registro de nacimientos.
- *COMUNDEs y CODEDE:* Por excelencia, es el nivel de coordinación para las estrategias intersectoriales. En este nivel se han acordado apoyo para remozamientos y nuevas estructuras; además de proyectos para capacitación de personal comunitario como es el caso de Huehuetenango.
- *Sector Privado:* En Área de Salud de Alta Verapaz y de Ixil, se ha logrado involucrar algunas empresas privadas para actividades de promoción, se destaca el apoyo logrado con los medios de comunicación en la campaña de erradicación del Sarampión y el Síndrome de Rubéola Congénita.

#### 3.10.2. Plan de Desarrollo de Recursos Humanos

El proyecto ha facilitado la contratación de servicios para la elaboración de planes de desarrollo de recursos humanos en las áreas de salud en que trabaja el proyecto. La elaboración de estos planes ha concluido recientemente y todavía no se ha iniciado la implementación de los mismos. La formulación de estos planes no se coordinó con las estructuras respectivas del nivel central, tampoco se solicitó la cooperación técnica de OPS/OMS, lo cual probablemente hubiese sido de gran beneficio.

A nivel nacional se carece de una política de desarrollo de los recursos humanos, lo cual es indispensable para lograr un abordaje a la problemática de recursos humanos del sector. Igualmente necesaria es la implementación de la evaluación del desempeño de los recursos humanos.

En el nuevo modelo de gestión, se contempla la creación de la gerencia de recursos humanos. Esta gerencia deberá ser responsable tanto de los aspectos administrativos y de manejo de personal (contratos y vacaciones, entre otros) como de los aspectos de desarrollo de los recursos humanos. El funcionamiento de estas gerencias, se concentra todavía en los aspectos administrativos (i.e. en el área de salud de Alta Verapaz). En otras áreas el gerente de recursos humanos ha sido nombrado recientemente (i.e. en el área de salud de Ixcán).

### **3.11. Gestión Local**

#### **3.11.1. Planificación participativa local en salud**

La elaboración del POA del proyecto y del POA Institucional 2006 para las DAS se realizó siguiendo los lineamientos definidos por el nivel central con el apoyo de los delegados de los distritos. A pesar de lo anterior, se detectó que existe poca flexibilidad para incluir las prioridades locales que se encuentran fuera de los lineamientos establecidos desde el nivel central para elaborar los POA del proyecto. Por lo tanto, para la elaboración de los POA 2007 los distritos no fueron tomados en cuenta.

El Modelo Integral de Atención en Salud ha sido socializado en los Consejos Departamentales de Desarrollo, CODEDES, de Huehuetenango y Alta Verapaz.

Se realizan en todas las DAS los Consejos Técnicos en donde hay participación del personal médico y de enfermería de los distritos municipales de salud y directores de los hospitales así como de las prestadoras y administradoras de servicios de salud, PSS/ASS. Estos Consejos son realizados de acuerdo con las normas establecidas por el Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud del MSPAS.

Se ha detectado que existen Planes Municipales de Salud a nivel de COMUDES en los cuales no hay una coherencia en los estilos de gestión.

En el caso de Huehuetenango, se han desarrollado varias actividades a nivel distrital con el apoyo de Asdi III y fondos de desarrollo, como por ejemplo la formulación de un plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna infantil en coordinación con la Comisión de Salud.

Aún no se realiza la socialización del Modelo de Atención y Gestión en Salud en todos los Consejos Municipales. Ni todos los municipios del proyecto han implementado los COMUDES, lo que dificulta alcanzar el objetivo de haber socializado y consensuado el Modelo a los COMUDES en el 100% de los municipios al finalizar el proyecto. Esto limita también el proceso de una planificación participativa.

#### **3.11.2. Monitoreo, Supervisión y Evaluación**

El seguimiento técnico y administrativo del proyecto está bajo la responsabilidad de la OPS y de la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos, UCP y P del MSPAS. El plan original era que la OPS/OMS y la UCP y P deberían reunirse mensualmente y juntas visitar las áreas trimestralmente con el objetivo de monitorear y supervisar las áreas en la implementación de las actividades del proyecto. Sin embargo esto no se ha hecho por falta de convocatoria, según plantean funcionarios de la OPS/OMS.

En este sentido, el MSPAS opina que la OPS no ha tenido la misma capacidad de respuesta que tenía con las Coordinaciones Técnicas Descentralizadas, CTD, o con la cooperación técnica descentralizada intensificada de años anteriores. El responsable del proyecto por parte de OPS, acude a las áreas de salud con algún grado de coordinación, muchas veces directamente con las unidades ejecutoras.

Con la creación de la UCP y P se está apoyando y ofreciendo mayor claridad al manejo presupuestario y financiero para la ejecución del proyecto. Aun con esta creación, el proyecto ha mostrado que sus problemas no han podido solventar totalmente el seguimiento sistemático.

Las Direcciones de Área de Salud cuentan con una guía de supervisión facilitadora, instrumentos de evaluación e información periódica, pero su aplicación no se está realizando en forma sistemática ni obedece a un plan organizado de monitoreo, supervisión y evaluación.

La supervisión de los Distritos hacia los puestos de salud no es sistemática y se hace en forma selectiva y puntualmente cuando se realizan actividades específicas como en campañas de inmunizaciones, control de Tuberculosis, TB, procesos de logística de suministros o producción de servicios.

Sin embargo, en la extensión de cobertura la supervisión es sistemática y se realiza mediante normas, indicadores e instrumentos claramente definidos por el nivel central del MSPAS.

En algunas de las DAS visitadas, se identifica la necesidad de definir una agenda única de monitoreo, supervisión y evaluación con la finalidad de que exista una homogeneidad en la programación de las actividades y así evitar la situación anteriormente señalada.

Según la Línea Basal del proyecto, la supervisión y monitoreo por parte del nivel central al DAS debería ocurrir de forma mensual y del Área a los municipios, dos veces al año. Estas actividades por parte del nivel central no han sido realizadas a todas las DAS.

Las DAS no han establecido mecanismos de monitoreo de los temas críticos en la prestación y gestión de los servicios de salud en al menos 5 municipios de mayor riesgo como se propone en la línea basal. La supervisión de los distritos a los puestos de salud, jurisdicciones, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, ASS/PSS, ha sido realizada pero no ha servido de base para los POAS 2006 y 2007.

### **3.11.3. Gestión del Modelo**

El modelo de gestión contempla la creación de cuatro gerencias a nivel de las Direcciones de Áreas de Salud, DAS: Provisión de Servicios (GPS), Recursos Humanos, Administrativa Financiera y Vigilancia de la Salud.

Con el fin de facilitar el cambio de la cultura organizacional en las DAS, los Directores/as de las Áreas de Salud firmaron un documento que contiene cinco compromisos de gestión con el nivel central del MSPAS en los que se contemplan 32 indicadores distribuidos en cinco diferentes categorías de aplicación que se perfilan para:

- Garantizar la captura de datos adecuados en la entrega de tratamientos a los usuarios, de tal manera que permita la incorporación de la demanda no satisfecha y se logre incluir en los POAs para la adquisición y entrega de medicamentos a la población;
- Asegurar que la toma de decisiones en la gestión de las DAS se realicen de forma oportuna y basada en la evidencia;
- Garantizar que se minimice el tiempo de respuesta en el control de brotes epidémicos para que disminuya el número de personas afectadas y la severidad del daño;
- Desarrollar la red de servicios de salud para alcanzar las metas programáticas y mejorar la calidad de la atención a la población;
- Ejercer la rectoría en salud para disminuir los efectos de los determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población.

Cada uno de los compromisos de gestión tiene definida metas e indicadores para su monitoreo, supervisión y evaluación.

En las cinco áreas de salud el proyecto ha contribuido a la formación y funcionamiento de las gerencias, particularmente de las gerencias de provisión de servicios.

La gestión de los fondos se garantiza mediante Cartas Acuerdo, por actividad/tarea así como por resultado y destino de gasto.

Las DAS expresan dificultades en la ejecución de las cartas acuerdos y se identifican retrasos en los desembolsos presupuestarios. Esta situación genera dificultades operativas que retrasan las programaciones de los POAs del proyecto. Esto permite identificar la necesidad de establecer estrategias conjuntas entre la OPS/OMS y la UCP y P del MSPAS para facilitar el proceso de ejecución presupuestaria del proyecto en las DAS y distritos principalmente.

Los informes de avance técnico y financieros son elaborados de forma participativa según los lineamientos del nivel central y con los aportes de los distritos.

En la elaboración del Plan Operativo Anual del proyecto para el año 2006, las actividades departamentales y de distrito han sido presupuestadas en forma conjunta, sin embargo, el nivel central define las prioridades nacionales y establece las directrices de asignación presupuestaria, evidenciando dificultades para su desconcentración.

Las Áreas de Salud ejecutan el presupuesto asignado, tanto el institucional como aquel del proyecto pero su programación y priorización todavía no se realiza considerando las prioridades locales en el área de salud.

#### **3.11.4. Vigilancia de la Salud**

La metodología y los instrumentos para el análisis de salud (ASIS) ya fueron desarrollados y actualizados por el Departamento de Desarrollo Epidemiológico del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y se prevé su implementación en las cinco áreas de salud del proyecto a partir de fines de julio de 2007.

En relación a la DAS de Huehuetenango, se planifica para la Vigilancia Epidemiológica distribuir el Departamento en 3 regiones (de las 10 Microregiones actuales) considerando las tres Mancomunidades existentes en el departamento: Amudes (7 Municipios), Los Huistas (9 municipios) y Mamsohue (15 Municipios) y para cada uno de estos asignar un Epidemiólogo.

Con base en la vigilancia epidemiológica se ha identificado una creciente incidencia de enfermedades transmitidas por vectores que han requerido una intervención prioritaria para el Área de Salud de Huehuetenango como son: Dengue, Malaria, Oncocercosis, Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis.

También se ha detectado la existencia y actualización de las salas situacionales a nivel de las DAS y de los distritos visitados. Estas incluyen información relacionada con género, etnia y migración. Con base en esta información se ha notado una disminución de los casos de subregistro y esto ha permitido identificar las demoras en la atención.

Al nivel de los municipios, algunas comunidades (por ejemplo San Bartolomé Jocotenango en El Quiché) cuentan con planes de emergencia comunitaria maternoinfantil y de brotes. Por lo tanto, se identifican avances significativos en este aspecto y el proyecto podrá cumplir la meta de al menos una comunidad en los 69 municipios que cuenta con un plan de acción de emergencia comunitaria maternoinfantil y de brotes al finalizar el proyecto.

El sistema de vigilancia epidemiológica y sus mecanismos ya fueron implementados y en la mayoría de los servicios de salud tiene instaurada la sala situacional aunque algunos de los funcionarios tiene dificultades para la interpretación y gestión de la valiosa información allí registrada.

La vigilancia del saneamiento ambiental del medio es incipiente y la intervención por parte del MSPAS es mínima en todas las áreas de salud visitadas. Se requiere un mayor vinculación de las DAS y los distritos en los espacios gubernamentales y no gubernamentales para lograr una mayor participación y control de la calidad en el suministro de agua entubada potabilizada, adecuada disposición de aguas residuales y excretas y un manejo adecuado de los residuos sólidos.

En la mayoría de los distritos visitados no existen vertederos tecnificados para el adecuado manejo de basuras y, si existen, su tecnificación y funcionamiento se encuentra limitado por déficit presupuestario local o bajo compromiso de las administraciones locales (alcaldías) para su adecuado funcionamiento.

La contaminación existente de suelos y fuentes de agua es crítica y de gran impacto ecológico y ambiental desfavorable en las regiones objeto del proyecto.

### **3.12. Participación Social**

#### **3.12.1. Cocodes, Comudes, Codedes y Comisiones de Salud**

Vincular a la comunidad sigue siendo uno de los grandes retos en la gestión social de la salud. A nivel de las Áreas y Distritos de salud se reconoce la organización para la participación que propone la Ley de Consejos de Desarrollo, que define las estructuras comunitarias de primer y segundo nivel (COCODE de primer y segundo nivel) COMUDE, CODEDE con sus órganos de coordinación. Sin embargo en la práctica es difícil identificar como esta estructura es aprovechada y estimulada para conseguir la participación y empoderamiento de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud.

Hay diferentes percepciones por parte de los actores de salud, pues en algunos municipios los identifican como estructuras que son fácilmente manipuladas por intereses políticos, inoperantes y con poco interés en participar, que su poder real esta determinado por los espacios que le otorgue la municipalidad; pero por otro lado se identifican como grupos organizados cohesionados y que solicitan información de los avances de los programas, proyectos y requieren su presencia en la toma de decisiones como en el caso del Municipio de Ixcán.

Básicamente se pueden identificar dos estrategias casi generalizadas que usa el MSPAS para el trabajo con los COCODEs y COMUDEs que son su participación en los planes de emergencia para la reducción de la muerte materna y la auditoria social que aun incipiente se practica a los equipos básicos de salud de extensión de cobertura.

Un espacio que debiera ser natural para esta relación son los análisis de situación de salud, los planes municipales de salud y las reuniones de avance de los planes; sin embargo son pocos los municipios que tienen plan municipal de salud y menos aun los que lo están implementando; igualmente escasas las comisiones municipales de salud funcionando de acuerdo a los propuesto en el marco del proyecto.

#### **3.12.2. Fiscalización y Auditoria Social**

Con avances incipientes, utilizando el documento “Manual para los Miembros del Comité de Auditoria Social de la provisión de los servicios básicos de salud” se implementa el proceso de auditoria social a las prestadoras y administradoras de servicios de salud del primer nivel de atención. El proceso se inicia con el nombramiento del comité de auditoria social y posteriormente la capacitación del mismo para las funciones que ha sido nombrado.

El procedimiento de auditoria se basa en realizar entrevistas a usuarios de los servicios de salud de primer nivel en la primera fecha de auditoria y a miembros de grupos organizados con niños menores de 5 años en la segunda fecha. El producto de estas entrevistas genera un plan a cumplirse en un año calendario. El resultado de esta auditoria esta vinculado a la provisión del incentivo por desempeño para el equipo básico de la jurisdicción. Este modelo únicamente se ha aplicado en extensión de cobertura; no se identificaron experiencias o iniciativas para auditar los servicios de segundo nivel de atención; En las áreas y distritos visitados no se identificaron acciones apoyadas directamente por el proyecto en este componente.

En algunas áreas de salud, se han realizado estudios de satisfacción de usuarios por consultorías externas y como resultados principales se concluye que la población esta satisfecha con los servicios que se les provee; de esta cuenta no se han realizado planes para mejorar los servicios evaluados. En la metodología para definir los satisfactores, no se priorizo la participación de la comunidad.

Específicamente en el área de Ixcán, se cuenta con miembros del Sindicato de Trabajadores de Salud Pública, quienes demandan más participación en la toma de decisiones y ejecución de los proyectos.

En Quiché identifican que es de alto riesgo la socialización del presupuesto del proyecto, por el momento político electoral.

### **3.12.3. Planes de Emergencia Materno-infantil**

Con diferentes grados de avance las áreas de salud con apoyo del proyecto han capacitado principalmente a personal de promoción de los distritos y Equipos básicos de extensión de cobertura para la elaboración de los Planes de Emergencia Familiar y Comunitario.

Los planes de emergencia maternoinfantil se basan en el modelo de las cuatro demoras y sirven de vehículo para fomentar el reconocimiento de las señales de peligro, decidir a donde acudir en caso de complicaciones, hacer reserva económica y preparar el transporte para el traslado de las complicaciones desde la comunidad. Además fomenta la cooperación comunitaria al definir quien cuida la casa, hijos y animales, que son otra causa frecuente por la que las embarazadas no acuden a un servicio de salud.

Estos planes se han constituido en un importante mecanismo que los servicios de salud y las ONGs de extensión de cobertura utilizan para lograr la participación activa de la comunidad en este sensible tema.

Los grupos comunitarios, luego de ser capacitados, elaboran un plan para el traslado de pacientes, acordando en asamblea, como van a evitar esos retrasos o demoras; generalmente constituyen un fondo económico de emergencia, el que luego otorgan en préstamo o donación a la familia que lo necesita.

Es necesario destacar el apoyo técnico y operativo que algunas áreas y distritos de salud reciben en la facilitación de estos planes en las comunidades y a nivel municipal por parte de las ONG's, lo que es una fortaleza que debe maximizarse, desarrollando la estructura y habilidades para darle seguimiento a estos grupos comunitarios formados. En algunos distritos inician las acciones para documentar junto a la comunidad el inventario de vidas salvadas, que se les denomina así al resultado de las referencias oportunas utilizando el plan de emergencia.

Estos planes se pueden visualizar como una estrategia efectiva en la movilización social y en el traslado de las complicaciones, sin embargo para que puedan tener impacto en el problema de mortalidad materna y neonatal, es necesario fortalecer la cobertura de la organización comunitaria, el monitoreo constante de los avances y planes de trabajo. Igualmente, es fundamental reducir las brechas institucionales con calidad y calidez en los servicios de salud para fomentar la confianza y credibilidad de la comunidad en las instituciones oficiales de salud.

### **3.12.4. Participación de los Adolescentes**

En todas las DAS se cuentan con grupos organizados y capacitados de adolescentes y jóvenes que realizan acciones de promoción de la salud de los programas priorizados localmente en coordinación con los distritos correspondientes. Estas actividades de promoción y prevención en salud son realizadas a través de la estrategia de Espacios Amigables, sin duda un logro importante del proyecto.

En los Espacios Amigables se desarrollan temas de capacitación de los jóvenes, relacionados con la prevención primaria de la conducta irregular. Se forman grupos de líderes en los espacios ubicados en los centros de salud y estos a su vez capacitan a jóvenes y adolescentes de su comunidad. Se trabaja también con la promoción de la salud mental.

Fue notable la alta capacidad de organización y respuesta de los grupos de adolescentes visitados, principalmente en el municipio de Canillá. Aquí se han desarrollado habilidades para el abordaje creativo de temas de interés para los adolescentes entre los que se destacan: la sexualidad, los embarazos no deseados, la maternidad y paternidad responsables, la prevención del VIH/SIDA.

También se destaca la experiencia del Centro de Salud Huehuetenango Sur donde se trabaja con adolescentes y en la Salud Mental con el apoyo de la Universidad San Carlos, Programa SINA del MSPAS, ADECO, Centros Educativos y Asdi III. Otro logro importante es el desarrollo de estrategias tales como la creación del grupo de Estudiantes Voluntarios Informantes de Sida, EVISIDAS, el desarrollo del programa “Invita a un Amigo” con la participación de 48 jóvenes y el desarrollo temático en violencia intrafamiliar, derechos humanos, entre otros.

No obstante, durante el año 2007 no se ha dado continuidad a las actividades de capacitación propuestas para los adolescentes, debido a que según sus ejecutores, la DAS no les asignó los recursos presupuestarios requeridos.

Hasta la fecha no se han elaborado los protocolos de atención al adolescente. Los problemas prioritarios de los adolescentes han sido identificados solamente en las áreas del Quiché y Alta Verapaz. Según información del MSPAS, en 17 municipios de El Quiché y 4 de Huehuetenango se está implementando la sala situacional del adolescentes con indicadores de mortalidad, métodos anticonceptivos, embarazos, casos de VIH y vacunación TD. Estrategia interesante que debería ser socializada en las demás áreas de salud.

### **3.12.5. Escuelas Saludables**

La Guía de Escuela Saludable elaborada por el Departamento de Promoción y Educación en Salud (PROEDUSA) ha sido socializada en las 5 Áreas de Salud y se está aplicando principalmente en diferentes escuelas urbanas. La función de PROEDUSA ha sido como agente facilitador del proceso y ha realizado lo referente a la nominación y acreditación. Se tiene contemplado la acreditación de estas escuelas para Agosto del año 2007.

El mecanismo de ejecución se ha realizado mediante la implementación de acciones con diferentes niveles de avance. Se destaca el desarrollo y entrega de materiales con 24 aprendizajes en una guía para el maestro y otra para el alumno.

Dentro de las actividades programadas para la estrategia de escuelas saludables se incluye la participación del Programa de Educación en Salud, PROEDUSA, del MSPAS y del Grupo de Atención en Salud Escolar, GASES, en temas de salud oral, parasitosis, primeros auxilios, higiene en el hogar, botiquines de limpieza, promoción de salud mental, medio ambiente y salud reproductiva.

En aspectos relacionados con las capacitaciones, se ha establecido que las DAS coordinen con los Coordinadores Técnicos Administrativos (CTA) del Ministerio de Educación en cada municipalidad, la capacitación de los docentes participantes en la estrategia de escuelas saludables. En algunos casos se ha detectado que la coordinación no ha sido efectiva y que la distribución de los materiales se ha llevado a cabo, pero la etapa de capacitación para los mismos no se ha ejecutado.

Una dificultad identificada con la estrategia de Escuelas Saludables es respecto a sus actividades y acciones, que al ser extra curriculares, no han sido tomadas con la seriedad que los contenidos merecen y no han sido integradas al proceso pedagógico.

El proceso ha sido bastante largo, pues empezó en 2006 pero varios factores, como el período escolar y huelga de profesores, han limitado su avance. Se prevé que las elecciones presidenciales en septiembre de 2007 será otro factor de retraso. Esto significa que el objetivo de haber implementado la estrategia de escuela saludable en al menos una escuela de cada municipio será difícil lograr al finalizar el proyecto.

### 3.13. Transferencia de Capacidades

#### 3.13.1. Unidad Coordinadora Programas y Proyectos, UCP y P

En un esfuerzo para mejorar la coordinación y optimizar la utilización de los recursos de la cooperación internacional, el MSPAS ha creado la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos (UCP y P). La unidad es la responsable de la conducción y coordinación de la cooperación externa y para esto ha realizado un mapeo de los proyectos de cooperación externa existentes, logrando integrar la administración de los mismos. En su estructura actual, cuenta con personal técnico para el seguimiento a la ejecución de los programas/proyectos y personal administrativo que está a cargo de los procesos administrativo financieros.

En el proyecto, la UCP y P es el enlace con la OPS/OMS para la tramitación de las cartas acuerdo y con las áreas de salud para los aspectos administrativo –financieros y trámites de cartas acuerdo, entre otros. Para los aspectos técnicos, se percibe una débil relación con las otras dependencias del MSPAS (Unidad de Planificación Estratégica, UPE, SIAS y Programas).

La UCP y P ha sido creada mediante un Acuerdo Ministerial y como estructura no está contemplada en el modelo organizativo oficial del MSPAS. Por tanto su funcionamiento futuro dependerá de que las nuevas autoridades de gobierno decidan mantener funcionando esta estructura.

#### 3.13.2. Análisis de la Ejecución Presupuestaria

La información analizada corresponde al informe preliminar (no oficial) de la ejecución presupuestaria del proyecto solicitado al personal responsable de asuntos administrativos y de presupuesto de la oficina de país de la OPS/OMS en Guatemala con fecha de corte al 30 de junio de 2007.

Las variaciones en el monto presupuestario total del proyecto, respecto a valores iniciales, se encuentran en relación con los ajustes que se han presentado según ajustes en las tasas de cambio de las diferentes monedas involucradas (Coronas Suecas, SEK, Quetzales, Q y Dólares, USD) según informa el personal Oficial Administrativo ADM de la OPS/OMS en Guatemala.

La Tabla No 4 presenta el Historial de los Fondos Recibidos por la oficina para el Proyecto Asdi III. Los recursos, provenientes del Gobierno de Suecia, ascienden a US \$ 6,772,433 recibidos en 8 remesas que corresponden al 94% del total estimado a recibir con el proyecto. Estos fondos se han incrementado debido a la tasa de cambio y, en caso de mantenerse dicha tasa actual de cambio al dólar americano, los fondos se estima en US \$ 7,203,689.

El proyecto tiene un monto total asignado en Coronas Suecas de SEK \$52,000,000. La tasa de cambio inicialmente a dólares americanos considerada (1 dólar: 8.7818 SEK) permitía disponer para el proyecto US \$ 5,921,335.

Con la volatilidad del dólar, en promedio se estimó que a la fecha de corte de julio 17 de 2007, la tasa de cambio incrementó la disponibilidad en dólares para el proyecto (1 dólar: 7.218524 SEK) llegando a estimar la disponibilidad total para el proyecto en aproximadamente US \$ 7,203,689, lo que representa un incremento de US \$ 1,282,353, es decir un 18% más de recursos financieros disponibles en dólares americanos para el proyecto (Ver Tabla No 4).

Del total recibido a la fecha (julio de 2007), USD \$ 779,130 (13%) corresponde al PSC cobrado por OPS/OMS para la administración del proyecto. Un total de US \$ 5,993,303 corresponden a los fondos netos destinados como recursos operativos para ser invertidos en el proyecto.

A la fecha (julio 17 de 2007) se encuentra pendiente por recibir en PWR-GUT un monto estimado de US \$ 431,256, correspondiente al 6% del total del proyecto PSC incluido.

En la Tabla No 5 se presenta el valor de las 8 remesas recibidas para ejecución directa en el proyecto (descontando el PSC que cobra OPS/OMS) por un valor total de US \$ 5,993,303. Del valor pendiente por recibir, se estima, luego de restar el 13% de PSC (US \$ 56,063.28), recibir un valor neto de US \$ 375,192.72. Por lo tanto, el monto neto total esperado para el proyecto se estima en US \$ 6,368,495.72.

Informe Preliminar

No Oficial

**Tabla No 4 Proyecto Modelo Integral de Salud GUT-HSD-023/PG, 1 Enero 2003–31 Diciembre 2008**  
**Historial de Fondos Recibidos En US\$ al 17 de Julio de 2007**

| Fecha                                   | US\$          | Tipo de Cambio | SEK\$      | Estado   | Bal. En US\$     |
|-----------------------------------------|---------------|----------------|------------|----------|------------------|
| 1. Oct 2003                             | 1,245,852     | 7.78           | 9,692,729  | ok       |                  |
| 2. Feb 2004                             | 147,280       | 7.37           | 1,085,454  | ok       |                  |
| 3. Mar 2004                             | 540,385       | 7.46           | 4,034,197  | ok       |                  |
| 4. Nov 2004                             | 81,392        | 7.09           | 577,455    | ok       |                  |
| 5. Ene 2005                             | 330,165       | 6.99           | 2,309,828  | ok       |                  |
| 6. Jun 2006                             | 1,928,796     | 7.26           | 14,022,000 | ok       |                  |
| 7. Jul 2006                             | 736,205       | 7.23           | 5,329,603  | ok       |                  |
| 8. Abril 2007                           | 1,762,358     | 6.84           | 12,063,630 | ok       |                  |
| Total Recibido                          | 6,772,433 (*) |                | 49,114,895 |          |                  |
| Total Compromiso                        |               |                | 52,000,000 | May15–07 |                  |
| Balance a Recibir                       | 431,256       | 6.69           | 2,885,105  | 6.69     | 431,256          |
| <b>Compromiso Total a la Fecha US\$</b> |               |                |            |          | <b>7,203,689</b> |

(\*) Monto recibido PWR-GUT US\$5,993,303.00 (US\$779,130.00 PSC).

**Tabla No 5**

**Proyecto Modelo Integral de Salud GUT-HSD-023/PG, 1 Enero 2003–31 Diciembre 2008**  
**Remesas Recibidas en US\$ (Operativas)(\*) al 17 de Julio de 2007**

| No. | Fecha                               | Monto               |
|-----|-------------------------------------|---------------------|
|     | Asignado                            | Recibido            |
| 1   | 4 Nov 03                            | 1,102,524.00        |
| 2   | 12 Mar 04                           | 130,336.00          |
| 3   | 3 Dec 04                            | 478,217.00          |
| 4   | 10 Nov 04                           | 72,028.00           |
| 5   | 21 Jan 05                           | 292,181.00          |
| 6   | 5 Jun 06                            | 1,706,899.00        |
| 7   | 11 Jul 06                           | 651,509.00          |
| 8   | 19 Apr 07                           | 1,559,609.00        |
|     | <b>Total</b>                        | <b>5,993,303.00</b> |
|     | Pendiente por recibir (Estimado)    | 375,192.72          |
|     | <b>Total Estimado para Proyecto</b> | <b>6,368,495.72</b> |

(\*) Luego de descontar el PSC (13%) cobrado por OPS/OMS.

La ejecución presupuestaria del proyecto a la fecha ha sido realizada mediante un instrumento denominado Carta Acuerdo propuesta por la OPS/OMS al MSPAS. La Carta Acuerdo permite transferir fondos (totales o parciales) a la Institución o Entidad (MSPAS) para apoyar la ejecución nacional de actividades conjuntas acordadas y establecidas en el BPB aprobado de la representación de OPS/OMS. La Carta Acuerdo se elabora mediante la identificación de una ruta de trabajo (procesos integrales) que elabora y solicita el ejecutor (MSPAS) con base en el POA del proyecto y presenta a OPS/

OMS. Una vez aprobada en las instancias correspondientes, la Carta Acuerdo se aprueba para transferir los fondos a la UCP y P del MSPAS para su ejecución (Monto Máximo de cada Carta es de US \$ 15,000). Para cantidades mayores, se debe solicitar autorización a la oficina regional de OPS/OMS en Washington.

A partir del año 2006, durante el actual ejercicio fiscal, a la OPS/OMS Guatemala, en cabeza de la actual representación se le dio una ampliación en el monto máximo para operar las cartas acuerdo, elevándose el monto a \$40,000.00.

Las Carta Acuerdo, firmadas por ambas partes, quedan como respaldo de los fondos transferidos y éstas deben ser legalizadas por los ejecutores del proyecto mediante los documentos legales establecidos. La Carta Acuerdo, sus informes y documentos de respaldo son sujetos de auditoría por parte de OPS/OMS (Auditoría Interna o Externa). Cuando la liquidación de la Carta Acuerdo no es total y quedan remanentes, estos deben ser reintegrados a la OPS/OMS para reincorporarlos al presupuesto global del proyecto.

Según los compromisos adquiridos en la Carta Acuerdo, el ejecutor elabora informes técnicos parciales y finales para realizar la liquidación financiera de las actividades pactadas. Si por algún motivo la Carta Acuerdo no se ejecuta, el monto transferido deben reembolsarse inmediatamente a la OPS/OMS.

Las Cartas Acuerdo se liquidan presentando un informe de actividades (Informe técnico del plan de trabajo que dio origen a la Carta, resultados alcanzados, compromisos adquiridos y actividades de seguimiento). Se tramita el formulario de liquidación financiera con base en el presupuesto aprobado en la Carta Acuerdo y se presentan los documentos legales como facturas, recibos, planillas de viáticos y transporte, materiales entregados, ingreso de equipos a inventarios, entre otros.

Los recursos entregados al MSPAS bajo la Carta Acuerdo se identifican en la ejecución presupuestaria como de carácter “OBLIGADO”. Una vez se liquida la Carta Acuerdo con la respectiva documentación de respaldo, se consideran como “PAGADOS” en el informe financiero de la OPS/OMS.

En la vida de ejecución del proyecto, se han emitido un total de 197 Cartas Acuerdo, de las cuales se han liquidado el 77%, quedando pendientes y vigentes el 23% de las cuáles 6 fueron emitidas en el año 2006 y 5 Cartas en el año 2007. Según informa la Oficina Administrativa de OPS, las Cartas Acuerdo deben ser canceladas en un periodo máximo de 4 meses luego de emitidas y realizadas las transferencias a la UCP y P del MSPAS.

En la ejecución financiera del proyecto con corte a junio 30 de 2007 del monto total asignado, se ha Obligado el 73% y se ha Pagado el 71% (Ver Tabla No 6). La diferencia, US \$ 154,229.24 (2,6% del total del monto asignado), corresponde a Cartas Acuerdo que se encuentran en proceso de ejecución y/o su liquidación financiera está pendiente.

Informe Preliminar

No Oficial

#### **Tabla No 6**

**Proyecto Modelo Integral de Salud GUT-HSD-023/PG, 1 Enero 2003–31 Diciembre 2006,  
Ejecución Financiera en US\$  
1 Enero 2003 a 30 Junio 2007**

|                         | <b>Presupuesto</b>  | <b>Monto Asignado</b> | <b>Obligado</b>     | <b>Pagado</b>       | <b>Saldo</b>        |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Recibido de Asdi        | 6,772,433.00        | 5,993,303.00          | 4,392,300.39        | 4,238,071.15        | 1,601,002.61        |
| Por recibir de Asdi (*) | 431,256.00          | 375,192.72            |                     |                     | 375,192.72          |
| <b>Total Proyecto</b>   | <b>7,203,689.00</b> | <b>6,368,495.72</b>   | <b>4,392,300.39</b> | <b>4,238,071.15</b> | <b>1,976,195.33</b> |

(\*) Valor estimado de la remesa pendiente por recibir a tasa de cambio estable

Del monto total neto esperado recibir para el proyecto, US \$ 6,368,495.72, restando lo actualmente Obligado (incluyendo lo Pagado), el proyecto tiene pendiente por ejecutar un monto total estimado en US \$ 1,976,195.33 que corresponde al 31 % del total de los fondos netos estimados.

En cuanto a la ejecución programática, la OPS/OMS estableció un rubro de Asistencia Técnica para el pago del funcionario OPS/OMS Coordinador del Proyecto y de los dos asesores técnicos involucrados con el proyecto en la UCP y P del MSPAS, rubro que tiene una participación del 15% del monto obligado a la fecha.

La ejecución presupuestaria por Resultado con corte al 30 de junio de 2007, ha sido de aproximadamente 58% para el Resultado 1, del 12% para el resultado 2 y de 16% para el Resultado 3 del proyecto (Ver Tabla No 7).

Informe Preliminar

No Oficial

**Tabla No 7**

**Ejecución Programática por Asistencia Técnica Ops y por Resultado en US\$, 1 Enero 2003 a 30 Junio 2007**

| <b>Resultado</b>       | <b>Obligado</b>     | <b>%</b>      | <b>Pagado</b>       | <b>Saldo</b>      |
|------------------------|---------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| Asistencia Técnica, AT | 648,722.09          | 15            | 579,901.40          | 68,820.69         |
| Resultado 1            | 2,546,623.45        | 58            | 2,488,902.81        | 57,720.64         |
| Resultado 2            | 505,661.65          | 12            | 485,601.97          | 20,059.68         |
| Resultado 3            | 691,293.20          | 16            | 683,664.97          | 7,628.23          |
| <b>Total</b>           | <b>4,392,300.39</b> | <b>100.00</b> | <b>4,238,071.15</b> | <b>154,229.24</b> |

La ejecución financiera por elemento del gasto según parámetros establecidos por la OPS/OMS, permite identificar que las Cartas/Acuerdo orientadas por procesos integrales (rutas de trabajo para actividades y tareas), quedan involucradas principalmente en el elemento 999 (80% del total Obligado).

Las Tablas No 8 y 9 permiten observar detalladamente la ejecución presupuestaria Obligada y Pagada acumulada del proyecto y en forma específica para el elemento 999.

Informe Preliminar

No Oficial

**Tabla No 8 Ejecución Financiera por Elemento de Gasto (en US\$), 1 Enero 2003 a 30 Junio 2007**

| <b>Elemento</b> | <b>Obligado</b>     | <b>%</b>      | <b>Pagado</b>       | <b>Saldo</b>      |
|-----------------|---------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| 490             | 19,449.95           | 0.44          | 14,994.87           | 4,455.08          |
| 550             | 879,817.90          | 20.03         | 873,259.54          | 6,558.36          |
| 999             | 3,493,032.54        | 79.53         | 3,349,816.74        | 143,215.80        |
| <b>Total</b>    | <b>4,392,300.39</b> | <b>100.00</b> | <b>4,238,071.15</b> | <b>154,229.24</b> |

**Tabla No 9**

**Distribución por Elemento de Gasto 999, en US\$, 1 Enero 2003 a 30 Junio 2007**

| <b>Elemento</b>               | <b>Obligado</b> | <b>%</b> | <b>Pagado</b> | <b>Saldo</b> |
|-------------------------------|-----------------|----------|---------------|--------------|
| Profesionales Nacionales – 17 | 387,063.50      | 11.08    | 341,187.72    | 45,875.78    |
| Personal Asignado – 32        | 97,830.38       | 2.80     | 89,196.67     | 8,633.71     |
| Asesores Temporeros – 33      | 32,006.26       | 0.92     | 32,006.26     | 0.00         |
| STC – 42                      | 10,929.50       | 0.31     | 10,929.50     | 0.00         |
| Viajes – 230                  | 4,404.00        | 0.13     | 1,725.88      | 2,678.12     |
| Contratos CNT – 390           | 91,031.28       | 2.61     | 90,243.26     | 788.02       |
| Temporales de Agencia – 393   | 29,858.98       | 0.85     | 22,864.75     | 6,994.23     |

| Elemento                         | Obligado            | %             | Pagado              | Saldo             |
|----------------------------------|---------------------|---------------|---------------------|-------------------|
| Cursos & Seminarios – 821        | 137,960.99          | 3.95          | 131,960.21          | 6,000.78          |
| Subsidios de Investigación – 831 | 7,105.26            | 0.20          | 7,105.26            | 0.00              |
| Cartas Acuerdo – 832             | 2,694,842.39        | 77.15         | 2,622,597.23        | 72,245.16         |
| <b>Totales</b>                   | <b>3,493,032.54</b> | <b>100.00</b> | <b>3,349,816.74</b> | <b>143,215.80</b> |

A nivel del MSPAS, la ejecución presupuestaria se está garantizando según los lineamientos de la Dirección General Administrativa Financiera del MSPAS, a través de tarjetas manuales autorizadas y hojas electrónicas (sistema de información financiera, SIAFI) e informes de avance financiero para los fondos del MSPAS. Se envía la programación cuatrimestral y los fondos se ejecutan mediante fondo rotativo y órdenes de compra y pago.

La ejecución presupuestaria operativa en cada una de las 5 DAS visitadas será analizada en los informes respectivos para cada área de salud visitada.

### 3.13.3. Enfoque Sectorial

El MSPAS ha manifestado a los socios para el desarrollo su interés por implementar el enfoque sectorial en salud y está realizando acciones tendientes a crear condiciones para el mismo. Se han contratado los servicios de consultores que están apoyando al MSPAS en la creación de condiciones para el enfoque sectorial. Asdi ha puesto a disposición del MSPAS un fondo para apoyar las acciones que el MSPAS realiza en función de preparar condiciones para poner en marcha el enfoque sectorial. La creación de la UCP y P, y el esfuerzo que esta estructura realiza para coordinar los esfuerzos de la cooperación externa constituye uno de los avances más importantes para avanzar hacia la creación de condiciones para el enfoque sectorial. A pesar de ello, las condiciones para poner en marcha el enfoque sectorial no están dadas todavía (i.e. no existe un acuerdo nacional sobre la Agenda Nacional de Salud) y difícilmente éstas podrán ser logradas durante el periodo del presente gobierno.

El llegar a un consenso sobre la Agenda Nacional de Salud se dificulta por el surgimiento de otras propuestas como la Ley Marco de Salud, la cual está siendo discutida actualmente en el Congreso.

La modalidad de cooperación de un nuevo proyecto (en caso de el país lo solicite y Suecia desee continuar colaborando con el desarrollo del sector salud en Guatemala) deberá ser discutida durante la etapa preparatoria del mismo. En ese momento se podrá valorar con más elementos si existen condiciones para nuevas modalidades de cooperación, por ejemplo una cooperación bilateral a través de un proyecto específico, un “basket funding” para apoyar el desarrollo de aspectos específicos (i.e. apoyo a la ejecución de los planes distritales de salud), un apoyo sectorial o si conviene continuar con la modalidad existente.

### 3.13.4. Cooperación Técnica de OPS/OMS

La Representación de OPS/OMS en el país cuenta con el personal profesional idóneo que puede brindar cooperación técnica en casi todas las áreas técnico-programáticas que el proyecto apoya (excepto, infraestructura). Sin embargo, la cooperación técnica que brinda OPS/OMS no responde a un plan establecido y predomina su acompañamiento como respuesta a la demanda proveniente desde los ejecutores del proyecto a nivel local. Las áreas de salud refieren que, cuando se demanda cooperación técnica de OPS, se recibe de forma oportuna principalmente en los aspectos relacionados con actividades de importancia nacional como ha sido la campaña de vacunación de la SR.

En nuestras visitas a las áreas identificamos que los procesos programáticos y financieros requieren de mayor apoyo y cooperación técnica por parte de la OPS/OMS.

### 3.14. Hallazgos Relevantes en la Ejecución del Proyecto

#### 3.14.1. Grado de alcance de los resultados esperados del proyecto

A continuación presentamos un breve resumen del grado de avance en el alcance de los resultados esperados del proyecto. En el Apéndice 1.6. “Informe de Avance Consolidado 2006” se presenta un detalle del alcance de los indicadores correspondientes a cada resultado.

*Grado de avance en el resultado esperado 1:*

*Modelo integral de atención y gestión implementado en los departamentos de Huehuetenango, Alta Verapaz y El Quiché.*

El proyecto ha contribuido a la implementación tanto del modelo básico de atención como del modelo básico de gestión del MSPAS en las áreas en donde se ejecuta. Con apoyo del proyecto ha sido posible para el MSPAS realizar el análisis de la recategorización de los servicios del segundo nivel e iniciar la implementación de esta recategorización. Por su parte el MSPAS ha mantenido e incrementado los servicios del primer nivel. Producto de este esfuerzo conjunto se ha logrado ampliación de cartera de servicios y mejoramiento de condiciones que podrían estar influyendo en mejores condiciones para brindar la atención (mejoramiento de infraestructura y complementación de equipo).

Se cuenta además con protocolos y normas de atención actualizadas, para ambos niveles y se ha capacitado al personal en el conocimiento de estas normas de atención. En los servicios en donde se ha contratado personal adicional, se reporta un incremento en la demanda de atención. En otros casos y servicios se han ampliado los horarios de atención.

Los recursos humanos capacitados y vinculados al proyecto con recursos del proyecto Asdi III están amenazados en su sostenibilidad laboral debido a que la contratación establecida por el MSPAS se realiza bajo una modalidad de término definido con el riesgo de afectar la continuidad de los logros obtenidos. No existe contratación por el renglón 011 que sería la forma de garantizar la disponibilidad permanente del recurso humano capacitado por el proyecto.

Se han iniciado acciones relacionadas con servicios de salud mental, atención a los adolescentes y atención integral para la Violencia Intrafamiliar, VIF y la Violencia Basada en Género, VBG. Sin embargo hace falta consolidar la prestación de los mismos en todas las áreas de salud.

Se deben realizar mayores esfuerzos por promover el fortalecimiento de los terapeutas tradicionales y el acercamiento con los mismos aunque se ha avanzado en la introducción de dos fitoterapias en la prestación de servicios de salud.

Es necesario prestar mayor atención a los aspectos relacionados con la calidad de la atención y la puesta en práctica de las normas y protocolos de atención.

En relación al modelo de gestión, todas las áreas de salud tienen nombrados responsables de las cuatro gerencias (provisión de servicios, administrativo-financiera, recursos humanos, control y vigilancia de la salud). Las gerencias de provisión de servicios y administrativo financiera están funcionando de manera efectiva en todas las áreas de salud. Las otras dos gerencias están iniciando actividades. Las gerencias de recursos humanos están todavía concentradas en aspectos de administración de personal. Las gerencias de control y vigilancia de la salud apenas han nombrado responsables y sus funciones y competencias no están claramente definidas todavía.

*Grado de avance en el resultado esperado 2:*

*El papel rector del MSPAS se ha fortalecido en las funciones de conducción, regulación y vigilancia.*

El desarrollo del modelo básico de gestión en las direcciones de área de salud, está desarrollando la capacidad de los gerentes de las diferentes áreas técnicas (gerencia para la provisión de servicios,

gerencia de control y vigilancia de la salud, gerencia de recursos humanos y gerencia administrativa financiera) para conducir los programas de salud, proyectos de cooperación externa, y otras acciones a nivel local; lo cual se ha visto fortalecido con la desconcentración de algunas funciones desde el nivel central hacia el nivel local y la desconcentración de la planeación y ejecución del proyecto.

Asimismo, las áreas de salud han desarrollado acciones que fortalecen el sistema de vigilancia de la salud, constituyéndose en el tema central de las reuniones de los consejos técnicos y salas situacionales. En el nivel central del MSPAS, las UCP y P coordina y orienta la cooperación técnica y administrativa de las agencias de cooperación, fortaleciendo, así, el papel rector del MSPAS.

Además, se aprecian los esfuerzos del MSPAS por tratar de incorporar un abordaje intersectorial en temas específicos del sector a través de las comisiones de salud, mujer y justicia a nivel departamental y municipal.

Se observan importantes esfuerzos del MSPAS por asegurar una efectiva coordinación y optimización de los recursos de la cooperación externa. La UCP y P juega un papel fundamental en estos esfuerzos. A nivel de las áreas de salud también se realizan acciones concretas para coordinar y optimizar los recursos de la cooperación externa.

*Grado de avance en el resultado esperado 3:*

*Sistema de participación incluyente en el marco del modelo de atención y gestión en los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz al finalizar el proyecto.*

Tanto en los distritos como a nivel de las direcciones de áreas de salud, DAS, se trata de impulsar diversas modalidades de participación en el modelo de atención y gestión. Cada área de salud tiene avances diferentes, dependiendo de los niveles de organización social y comunitaria existente en los distritos.

En algunos municipios/distritos se han logrado elaborar planes municipales de salud que contienen acciones intersectoriales y contemplan las acciones de otros actores en salud (ejemplo: ONGs).

Con apoyo del proyecto y en coordinación con otros proyectos (ejemplo UNFPA) se han realizado esfuerzos para la elaboración y ejecución de los planes de emergencia comunitaria materno-infantil.

El MSPAS realiza el proceso de auditoría social a los servicios de extensión de cobertura.

### **3.14.2. Grado de alcance del objetivo del proyecto**

*“La población de los departamentos de Huehuetenango, El Quiché, y Alta Verapaz accede a los servicios de salud a través de un modelo integral de salud que se implementa con equidad, calidad, calidez, participación social y gestión local en el marco de la descentralización para el año 2007”.*

El proyecto ha logrado avanzar hacia el alcance del objetivo propuesto. Las acciones realizadas han permitido al MSPAS implementar en las cinco áreas de salud tanto el nuevo modelo de atención como el de gestión.

En relación al modelo de atención, se ha trabajado principalmente en los servicios del segundo nivel, apoyando la implementación de la recategorización de los servicios mediante el mejoramiento de infraestructura, provisión de equipos y contratación de personal. Los servicios en donde se ha contratado nuevo personal reportan un incremento en la demanda de atención.

Se ha incrementado también la extensión de cobertura en el primer nivel en los municipios beneficiados por el proyecto. La mayoría del personal que fue contratado inicialmente con fondos del proyecto ha pasado a ser contratada con fondos del MSPAS (aunque no con plaza permanente). En casi todas las áreas existen experiencias exitosas de participación y gestión local. Sin embargo, la continuidad de las

mismas depende mucho del grado de seguimiento y acompañamiento que se pueda dar a las organizaciones comunitarias existentes.

Se observa una desconcentración de funciones y responsabilidades tanto hacia las áreas de salud como hacia los distritos. Es necesario continuar avanzando hacia una mayor descentralización.

La siguiente tabla presenta el grado de avance en el alcance de los indicadores relacionados con el objetivo del proyecto.

| Indicadores                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Avances                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Al finalizar el proyecto, el 100% de los municipios del proyecto cuentan con extensión de cobertura en el primer nivel para la atención del 80% de los grupos poblacionales de mayor riesgo tomando en cuenta género, etnia, migración y ruralidad.                                                  | En 64 de 69 municipios (93%) se implementa la estrategia de extensión de cobertura en el primer nivel de atención. El MSPAS ha incrementado el per cápita en promedio a Q. 63.05 superando lo reportado en la línea basal del proyecto que era de Q. 35.00.                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de atención por municipios I y II nivel.</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | El porcentaje de cobertura por área de salud para el primero y segundo nivel de atención en las cinco áreas de salud es el siguiente. Alta Verapaz 65% y 35%; Ixcán 73% y 27%; Ixil 36% y 34%; El Quiché 64% y 40% y Huehuetenango: 25% y 13% respectivamente.                                                                                                                                                                                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura prenatal de acuerdo a la norma establecida</li> </ul>                                                                                                                                                                                             | Las coberturas registradas en las áreas de salud son las siguientes: Ixcán 65%; Ixil 121%; El Quiché 34%; Alta Verapaz 116% y Huehuetenango 68%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egresos hospitalarios por 100 habitantes por departamento y municipio</li> </ul>                                                                                                                                                                            | En los tres hospitales departamentales el porcentaje de egresos fue el siguiente: Santa Cruz del Quiché 2 egresos por 100 habitantes; Huehuetenango 1.6 egresos/ 100 hab. y Alta Verapaz 1.57 egresos/100 hab. Esta tasa es menor que el parámetro nacional de 2.98 egresos por 100 habitantes.                                                                                                                                                                        |
| A partir del primer año, las cinco áreas de salud implementan estudios de satisfacción del usuario que integran elementos de calidad y calidez de la atención en los centro de salud y hospitales distritales en forma progresiva, hasta completar un 60% de los servicios al finalizar el proyecto. | En tres áreas de salud se realizaron estudios de satisfacción del usuario, tomando como base los servicios recategorizados. En El Quiché 11%, Huehuetenango 25% y en Alta Verapaz, 6% reportando datos positivos.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Al finalizar el proyecto, el 40% de los distritos de salud tienen incorporados en el monitoreo y evaluación, los indicadores de medición del desempeño del servicio y calidad de la atención.                                                                                                        | Los servicios mantienen actualizada sus salas situacionales. Esto permite analizar indicadores de cobertura principalmente relacionados a la atención materna e infantil y vigilancia epidemiológica. Se debe avanzar más en mejorar la capacidad de análisis de la información y utilizar la información para la toma de decisiones. No se observan esfuerzos para medir la calidad de la atención. No se realizan evaluaciones de desempeño de los recursos humanos. |
| A finales del 2007, en el 80% de los servicios del segundo nivel de atención cuenta al menos con una persona del nivel paramédico o médico que hable el idioma local                                                                                                                                 | En las áreas de salud del proyecto se cuenta en los servicios del segundo nivel de atención con personal paramédico que habla el idioma local. En el Ixil y Alta Verapaz en el 100% de los centros de salud. En Quiché en el 89%, Huehuetenango en el 50% y el 20% en el Ixcán.                                                                                                                                                                                        |

### 3.14.3. Contribución del proyecto al alcance del objetivo de desarrollo

*“Condiciones de salud de los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz mejoradas, lo que contribuye al incremento de la productividad y al mejoramiento de las condiciones de vida de la población (descenso de los índices de morbilidad, descenso de los índices de violencia intrafamiliar, mejoramiento de la salud mental y manejo integrado de brotes epidémicos), para el año 2007”.*

Se observan tendencias a la disminución tanto de la mortalidad materna como la infantil en todas las áreas de salud. Sin embargo estas tendencias no están todavía estabilizadas y por tanto se requiere continuar desarrollando las acciones pertinentes de manera sostenida.

Todas las áreas de salud están en capacidad de realizar las acciones de control de brote ante epidemias. Todavía no se ha consolidado la puesta en marcha e implementación de los servicios de salud mental y atención integral en caso de Violencia Intrafamiliar, VIF y Violencia Basada en Género, VBG.

La siguiente tabla presenta el grado de avance en el alcance de los indicadores relacionados con el objetivo de desarrollo del proyecto:

| Indicadores                                                                                                                                                                        | Avances                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |            |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|---------|-----------|---------------|--------|--------|--------|-----------|--------|-------|--------|------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|------------|--------------|--------|--------|--------|
| Al finalizar el proyecto, en el 100% de los departamentos priorizados se ha reducido la tasa de mortalidad infantil en comparación a la tasa registrada por el INE en el año 2001: | Las áreas de salud beneficiarias del proyecto reportan la tasa de mortalidad infantil de la manera siguiente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |            |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Alta Verapaz con reducción del 10%</li><li>• Huehuetenango con reducción de 20%</li><li>• El Quiché con reducción de 15%</li></ul>         | <table><tr><th>Área de salud</th><th>2001 *</th><th>2006 *</th><th>Reducción</th></tr><tr><td>Huehuetenango</td><td>24.00</td><td>19.00</td><td>20.83%</td></tr><tr><td>El Quiché</td><td>28.73</td><td>17.12</td><td>40.41%</td></tr><tr><td>Ixil</td><td>28.73</td><td>19.18</td><td>33.24%</td></tr><tr><td>Ixcán</td><td>21.00</td><td>15.00</td><td>28.57%</td></tr><tr><td>Alta Verapaz</td><td>28.00</td><td>20.80</td><td>25.71%</td></tr></table> <p>(*) Tasa por 1000 nacidos vivos.</p> <p>En las cinco áreas se observa una tendencia descendente con relación al dato reportado por el INE en el año 2001 y la Línea Basal. Las cinco áreas han superado la meta propuesta en el indicador.</p>                                                                                                                                                                                                        | Área de salud | 2001 *     | 2006 *  | Reducción | Huehuetenango | 24.00  | 19.00  | 20.83% | El Quiché | 28.73  | 17.12 | 40.41% | Ixil | 28.73  | 19.18  | 33.24% | Ixcán | 21.00  | 15.00  | 28.57%     | Alta Verapaz | 28.00  | 20.80  | 25.71% |
| Área de salud                                                                                                                                                                      | 2001 *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2006 *        | Reducción  |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Huehuetenango                                                                                                                                                                      | 24.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 19.00         | 20.83%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| El Quiché                                                                                                                                                                          | 28.73                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 17.12         | 40.41%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Ixil                                                                                                                                                                               | 28.73                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 19.18         | 33.24%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Ixcán                                                                                                                                                                              | 21.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 15.00         | 28.57%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Alta Verapaz                                                                                                                                                                       | 28.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 20.80         | 25.71%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Al finalizar el proyecto, en el 100% de los departamentos priorizados se ha reducido la razón de la mortalidad materna en un 5% en comparación con la línea basal del año 2000.    | La razón de muerte materna en las cinco áreas de salud es la siguiente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |            |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
|                                                                                                                                                                                    | <table><tr><th>Área de salud</th><th>2000 *</th><th>2006 **</th><th>Reducción</th></tr><tr><td>Huehuetenango</td><td>245.83</td><td>170.00</td><td>30.84%</td></tr><tr><td>El Quiché</td><td>152.00</td><td>92.03</td><td>39.45%</td></tr><tr><td>Ixil</td><td>219.00</td><td>179.86</td><td>17.87%</td></tr><tr><td>Ixcán</td><td>247.00</td><td>275.75</td><td>11.64% (*)</td></tr><tr><td>Alta Verapaz</td><td>266.15</td><td>256.20</td><td>3.74%</td></tr></table> <p>(*) Fuente: Línea basal de mortalidad materna para el año 2000 MSPAS. Cuadro No.1 página 20 (*) Ixcán incrementó la Razón.</p> <p>(**) Razón por 100,000 nacidos vivos.</p> <p>Se evidencia que en tres áreas de salud, la razón de mortalidad materna se ha reducido en el año 2006 con relación a lo reportado en la línea basal 2000, superando la reducción del 5% propuesta en el indicador. En una de las áreas se incrementó.</p> | Área de salud | 2000 *     | 2006 ** | Reducción | Huehuetenango | 245.83 | 170.00 | 30.84% | El Quiché | 152.00 | 92.03 | 39.45% | Ixil | 219.00 | 179.86 | 17.87% | Ixcán | 247.00 | 275.75 | 11.64% (*) | Alta Verapaz | 266.15 | 256.20 | 3.74%  |
| Área de salud                                                                                                                                                                      | 2000 *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2006 **       | Reducción  |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Huehuetenango                                                                                                                                                                      | 245.83                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 170.00        | 30.84%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| El Quiché                                                                                                                                                                          | 152.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 92.03         | 39.45%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Ixil                                                                                                                                                                               | 219.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 179.86        | 17.87%     |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Ixcán                                                                                                                                                                              | 247.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 275.75        | 11.64% (*) |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |
| Alta Verapaz                                                                                                                                                                       | 266.15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 256.20        | 3.74%      |         |           |               |        |        |        |           |        |       |        |      |        |        |        |       |        |        |            |              |        |        |        |

| Indicadores                                                                                                                                                                                                         | Avances                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Al finalizar el proyecto, en las cinco áreas se ha implementado el sistema de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades prioritarias y brotes, de acuerdo a los protocolos establecidos.                  | Las cinco áreas de salud han implementado el sistema de vigilancia epidemiológica, de acuerdo a protocolos establecidos, constituyéndose en el tema central de las reuniones de las salas situacionales.                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se utiliza la sala situacional para la vigilancia epidemiológica y de la salud en 60% de los servicios.</li> </ul>                                                           | El 100% de los servicios de salud de las cinco áreas poseen sala situacional física, con datos e indicadores selectivos de morbilidad, mortalidad y riesgos ambientales. Sin embargo hay deficiencias principalmente en los puestos de salud y centros de convergencia, donde no se realiza análisis en la sala situacional para la vigilancia epidemiológica.         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se han establecido mecanismos de alerta temprana en 60% de los distritos de salud.</li> </ul>                                                                                | Las cinco áreas de salud han establecido mecanismos de alerta temprana ante eventos de importancia epidemiológica y desastres. Se han organizado los equipos de reacción inmediata (ERI) integrados por personal profesional, técnico y voluntario (promotores, comadronas y líderes comunitarios) de conformidad con la normativa proporcionada por el nivel central. |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se han estudiado y documentado los brotes identificados con participación de los diferentes actores involucrados en los riesgos de salud en 70% de los distritos.</li> </ul> | En los servicios de salud donde se presentaron brotes, se tienen estudiados y documentados el 100% de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha implementado el sistema de monitoreo de acciones de control en los brotes en 50% de los distritos.</li> </ul>                                                          | De las cinco áreas de salud, en cuatro se realizan actividades de monitoreo de acciones de control de brotes con recurso humano calificado que hay en la áreas de salud.                                                                                                                                                                                               |
| Se han elaborado tres boletines epidemiológicos anuales por área de salud                                                                                                                                           | Las direcciones de área de salud, elaboraron durante el año 2006 los siguientes boletines epidemiológicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Huehuetenango, cuatro boletines (trimestrales)</li> <li>Ixcán, dos</li> <li>Ixil, dos</li> <li>El Quiché, dos</li> <li>Alta Verapaz, no elaboró boletines.</li> </ul>                                                |

#### 3.14.4. Factores Facilitadores y Limitantes en la ejecución del proyecto

Entre los factores que han facilitado la ejecución del proyecto se encuentran:

- La integración del proyecto en la política nacional de salud 2004–2008.
- La iniciación del proceso de desconcentración con marcada motivación y cohesión de los equipos locales.
- La coordinación intersectorial y la participación de las organizaciones comunitarias para el desarrollo de proyectos locales.

Entre los factores que han afectado desfavorablemente la ejecución del proyecto se encuentran:

- La supervisión y el monitoreo a nivel local es insuficiente. Se percibe insuficiente apoyo técnico y débil seguimiento brindado al área de salud para la implementación tanto del modelo de atención como del modelo de gestión. Las acciones en supervisión, monitoreo y evaluación desde el nivel central del MSPAS y OPS/OMS son limitadas.
- El recurso humano del MSPAS disponible en las áreas de salud objeto del proyecto es limitado. El mismo personal debe cubrir todas las funciones y actividades generándose incumplimiento con las acciones propuestas por el proyecto (en la reciente campaña de vacunación SR, el personal no pudo garantizar la ejecución de todas las acciones del proyecto, situación que retrasó la ejecución del mismo, por ejemplo).

- La contratación de personal calificado se dificulta por limitaciones en su disponibilidad local.

## 4. Conclusiones de la Evaluación

La ejecución del proyecto muestra avances importantes en el alcance de los resultados y objetivos que el proyecto persigue. Se ha logrado llegar a la meta planteada para muchos de los indicadores (descritos en la sección sobre hallazgos). El gran reto es consolidar los esfuerzos realizados con el fin de que los logros puedan ser permanentes.

Las DAS objeto del proyecto y sus equipos técnicos visitados se encuentran comprometidos con el desarrollo regional en salud, es fácil percibir unos grupos que se encuentran en desarrollo, con dinámicas internas cambiantes y con alta cohesión y motivación; abiertos a coordinarse con los diversos sectores gubernamentales, con las organizaciones comunitarias y receptivos a la evaluación externa.

La creación de la Gerencia de Provisión de Servicios en las DAS será un medio que permitirá en un futuro facilitar la coordinación de las diferentes fuentes de financiamiento para el cumplimiento de las metas de los programas establecidos. Sin embargo se han presentado algunas dificultades que han afectado la ejecución del proyecto, como:

- El proceso de desconcentración en el manejo presupuestario es todavía incipiente,
- La contratación de personal calificado se dificulta por limitaciones en su disponibilidad local,
- La participación local en la planificación de los planes de salud es muy débil,
- El insuficiente apoyo técnico y débil seguimiento brindado al área de salud para la implementación tanto del modelo de atención como del modelo de gestión,
- La debilidad en la gestión de la información por las DAS para la toma de decisiones con enfoque estratégico mediante el análisis de la información epidemiológica de la sala situacional,
- La debilidad en el acompañamiento técnico y las acciones en supervisión, monitoreo y evaluación desde el nivel central del MSPAS y OPS/OMS,
- El retraso significativo en las actividades propuestas por el proyecto debido a la campaña de vacunación SR recientemente implementada en el país (primer cuatrimestre de 2007) y al contexto político actual en el país por elecciones presidenciales programadas para fines de 2007 que requerirá una reprogramación de las actividades y fondos por parte del MSPAS y OPS/OMS.

Con el apoyo Asdi III se ha logrado formar recurso humano capaz de desarrollar las actividades propuestas por el proyecto y se ha permitido que en las 5 áreas de salud se apliquen los lineamientos del Sistema Integral de Atención en Salud de forma más rápida que en el resto del país.

Los recursos humanos capacitados y vinculados al proyecto con recursos del proyecto Asdi III están amenazados en su sostenibilidad laboral debido a que la contratación establecida por el MSPAS se realiza bajo una modalidad de término definido. No existe contratación por el renglón 011 que sería la forma de garantizar la disponibilidad permanente del recurso humano capacitado por el proyecto con el riesgo de afectar la continuidad de los logros obtenidos por el proyecto.

Al respecto, el MSPAS aclara que los renglones presupuestarios 182 y 029 se han utilizado para contratar personal ya que el tiempo de aprobación de los mismos es sumamente rápido y se ha descentraliza-

do a nivel de área de salud los procesos de selección, contratación y evaluación del personal, aunque tienen un término definido del periodo de contratación se consideran renovables al término del mismo ya que se toma como base las necesidades sentidas y observadas de los servicios según demanda de la población. La autorización de las plazas 011, conlleva demasiado tiempo para la misma ya que la autorización debe consensuarse a nivel central del MSPAS, luego elevarla a la Dirección General de Servicio Civil, donde evalúan la pertinencia de la creación de dicha plaza, con base a estándares de personal que ellos cuentan en sus nóminas (que en la mayoría de casos no es actualizada), luego se solicita la autorización al Ministerio de Finanzas Públicas; razón por la cual se ha optado por otros renglones ya que funcionalmente es más pertinente.

Actualmente el MSPAS, a través de la Dirección General de Recursos Humanos se encuentra en un proceso de reclasificación de puestos y salarios, considerándose que las plazas contratadas bajo los renglones 029 y 182, con base a una evaluación de desempeño, serán absorbidos con el renglón 011 (personal permanente), que se creará en cada una de las áreas de salud a nivel nacional.

La evaluación de desempeño de los recursos humanos del MSPAS es incipiente. No se dispone de un sistema operativo de seguimiento por competencias y logros para el personal vinculado.

Los equipos de las áreas de salud están asumiendo funciones de prestación de servicios que le corresponden a los servicios de salud, en detrimento del desarrollo del servicio, la sobrecarga de trabajo en el equipo y la desviación de sus funciones.

El MSPAS priorizó los servicios de salud bajo la metodología Hanlon con el fin de establecer aquellos que requerían recategorización según prioridades con apoyo del proyecto. Sin embargo, en algunas de las DAS se han asignado los presupuestos y han definido las actividades en forma generalizada para todos los distritos con el argumento de ser equitativos para toda la región.

Los lineamientos del nivel central para la ejecución de las actividades del proyecto, en ocasiones, se perciben de forma diferente por sus ejecutores y con poca flexibilidad operativa.

Se evidencia las necesidades de asistencia técnica y seguimiento cercano de las acciones de infraestructura. Las acciones de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos y de la infraestructura mejorada con apoyo del proyecto, por ejemplo, son escasos y en algunas de las áreas no existen departamentos de mantenimiento ni se dispone de presupuesto operativo para estas actividades.

El sistema de salud del país es débil en su Modelo Integral de Salud para sus diferentes niveles. No se ha logrado fortalecer el sistema de referencia y respuesta como componente fundamental de un sistema integrado y operativo por niveles de complejidad. Se observa falta de integración entre primer nivel (extensión de cobertura) y segundo nivel (red de servicios de salud).

El sistema de atención en salud del MSPAS tiene una orientación clínica eminentemente asistencialista y con énfasis en el control de patologías identificadas y priorizadas por el sistema de vigilancia epidemiológica por programas claramente establecido. Las acciones en prevención y promoción de la salud, educación en salud y saneamiento básico del medio ambiente (calidad de agua, manejo adecuado de excretas y aguas residuales, manejo de desechos sólidos y hospitalarios, por ejemplo) no son prioritarias y su nivel de desarrollo es incipiente.

La estrategia de reducción de la muerte materna a través del modelo de las cuatro demoras, está permitiendo la articulación de esfuerzos entre las familias, la organización comunitaria, los servicios de salud y los otros sectores sociales.

Aunque las Direcciones de Área, DAS, disponen de psicólogas, se han desarrollado y socializado los protocolos de salud mental, se observa que son incipientes los avances en la atención en Salud Mental y el modelo de atención a la violencia en los servicios.

La accesibilidad a los medicamentos en las regiones es una necesidad prioritaria. La estrategia definida por el MSPAS a través del programa de Accesibilidad a Medicamentos, PROAM, es muy acertada. Sin embargo, no existe una adecuada coordinación para la implementación operativa en los departamentos y municipalidades.

No se encuentra totalmente garantizada la disponibilidad de Sangre Segura en los servicios de salud en donde corresponde según su nivel resolutorio.

El saneamiento del medio como componente fundamental de la salud pública para garantizar el mejoramiento de las condiciones de salud y la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil principalmente, requiere relevancia. El MSPAS debe liderar su intervención en calidad de ente Rector.

La estrategia de Escuelas Saludables ha tenido buena aceptación regional y local. Sin embargo, se requiere definir claramente el rol del MSPAS en este proceso.

Las capacitaciones en general se han orientado y realizado en forma puntual y no obedecen a un plan estructurado en función de los resultados esperados por el proyecto. Además, no se realiza un seguimiento y monitoreo a la calidad de las capacitaciones en forma sistemática. Por lo tanto, no se evalúa la calidad en los procesos pedagógicos.

La medicina tradicional y popular no se encuentra integrada al proceso de atención en salud. En algunas regiones no existen espacios de integración y complementariedad entre los diferentes actores en salud y solo se considera la participación de las comadronas, por ejemplo, como estrategia de aproximación entre la comunidad y los servicios oficiales de salud (MSPAS) pero su participación es extremadamente limitada y subvalorada.

Respecto a la participación social, se identifican estructuras organizativas del nivel comunitario, micro-regional y del gobierno local en donde están establecidos espacios formales para la integración de las instituciones del estado y desde este ámbito la presentación de las necesidades en salud y la búsqueda conjunta de soluciones. Sin embargo, son muy limitadas las iniciativas que se desarrollan para que la comunidad participe en la gestión de los servicios de salud.

Se observa una limitada disponibilidad programada de los recursos humanos en el MSPAS para dar seguimiento y acompañamiento suficiente a las organizaciones comunitarias existentes.

La Auditoria Social no tiene un enfoque claro según las Áreas de salud y es incipiente su proceso de implementación.

De una forma general se puede constatar que la ejecución financiera del proyecto ha sido adecuada, se ha logrado ejecutar 71% de los fondos presupuestados recibidos por la OPS/OMS para el proyecto con corte a junio 30 de 2007.

Los POAs del proyecto se perciben muy direccionados desde el nivel central y las áreas y distritos solicitan mayor autonomía para incluir o dar continuidad a las acciones identificadas localmente. No se aprecia flexibilidad en la ejecución de actividades.

La modalidad de cartas acuerdo adoptadas por la OPS/OMS a nivel nacional para la ejecución del proyecto, ha facilitado la oportunidad de aportes, obligando a las Direcciones de Áreas de Salud a planificar sus recursos en el corto, mediano y largo plazo. Además obligan las DAS a desarrollar su plan estratégico y su plan administrativo, produciendo un crecimiento en la organización. Sin embargo, los procesos de gestión y liquidación de las cartas Acuerdo desde los Distritos hacia las DAS tienen dificultades en su funcionamiento administrativo.

La ejecución financiera del proyecto a nivel de la OPS/OMS se encuentra bien documentada y con los respectivos respaldos administrativos según elemento del gasto. Sin embargo, no se dispone de información financiera detallada para aspectos específicos (contrataciones recurso humano, capacitaciones, remozamientos y dotación de equipos médicos, por ej.).

Para el equipo de evaluación es claro que se están alcanzando los objetivos del proyecto y por lo tanto, es pertinente para Asdi continuar apoyando el desarrollo del sector salud en Guatemala no solamente hasta concluir este proyecto sino también en el futuro (si el país solicita la cooperación del Gobierno de Suecia).

Al momento de concluir esta evaluación hay algunos factores que no están definidos y que no permiten que el equipo evaluador pueda sugerir en estos momentos cambios a la modalidad de cooperación en salud entre Suecia y Guatemala (continuidad de la UCPyP, prioridades de las nuevas autoridades, no acuerdo sobre la Agenda Nacional de Salud). Si el Gobierno de Guatemala, está interesado en solicitar el futuro apoyo de Asdi, más allá del proyecto Asdi III, deberá presentar a Asdi su propuesta. Si existe interés de Asdi en continuar colaborando con el desarrollo del sector salud de Guatemala, Asdi deberá realizar el “appraisal” de la propuesta presentada. Parte importante de este “appraisal” será valorar las condiciones existentes para poner en marcha modalidades de cooperación distintas a la presente, por ejemplo cooperación bilateral, enfoque sectorial, basket funding.

## 5. Lecciones Aprendidas

La experiencia con la organización comunitaria (Comités Pro mejoramiento, Comités de emergencias comunitarios, por ejemplo.) favorece la accesibilidad a los servicios de salud.

La falta de integración y complementariedad entre los dos sistemas de salud existentes en forma paralela en el país (medicina tradicional y la medicina oficial del MSPAS) ha generado dificultades para la cobertura integral y la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas de salud.

Se reconoce la importancia de integrar el tema de la prestación de servicios tradicionales y populares indígenas con el fin de mejorar la participación de los terapeutas tradicionales y fortalecer la cobertura de los sistemas de prestación de servicios de salud en el país.

Las Comisiones de Salud han permitido aprender que la coordinación intersectorial es importante para el logro de los objetivos de participación comunitaria.

El apoyo del proyecto Asdi III ha permitido que las cinco Áreas de Salud hayan logrado mayores avances en la implementación del Modelo de Atención y Gestión en Salud del MSPAS.

La desconcentración es importante para una gestión efectiva y eficiente de las Áreas de Salud.

La coordinación con planes operativos con proyectos de cooperación externo permite alcanzar las metas propuestas

La estrategia de la cooperación cubana y la formación de médicos guatemaltecos en la Escuela Latinoamericana de Medicina, ELAM, de Cuba ha permitido fortalecer la disponibilidad de recursos humanos con médicos generales en Guatemala. Sin embargo, se requieren ajustes en su formación y procesos de reincorporación al país,

La motivación y coordinación de la organización comunitaria básica con el apoyo de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, como en los COCODES, por ejemplo, ha permitido mejores avances en la intervención participativa en salud a nivel local (MERCY CORPS, por ejemplo),

Los equipos técnico de las DAS y distritos han identificado que la participación comunitaria con el apoyo de las ONGs es fundamental para el logro de acciones en salud,

El trabajo coordinado entre las Prestadoras de Servicios de Salud, PSS y el segundo nivel junto con la organización comunitaria, ha facilitado la obtención de buenas coberturas en vacunación.

El trabajo con los escolares ha generado oportunidades para abordar temas importantes, romper mitos, motivar cambios de conducta y favorecer estilos de vida saludables liderados por el MSPAS en un trabajo intersectorial con el Ministerio de Educación.

El saneamiento del medio, como componente fundamental de la salud pública para el mejoramiento de las condiciones de salud y reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, requiere relevancia.

El MSPAS debe liderar su intervención en calidad de ente rector.

## 6. Recomendaciones

- Fortalecer la capacidad de análisis e interpretación de la información con el fin de orientar la gestión estratégica y su realización debe considerar una estrategia participativa involucrando casos críticos provenientes de las actividades locales rutinarias en que participen los funcionarios de los distritos y del área de salud en forma conjunta.
- Elaborar los Planes Operativos Anuales, POAs, del proyecto con base en el diagnóstico prioritario para cada periodo atendiendo principalmente aquellos aspectos y actividades relacionados con los resultados del proyecto y con la continuidad necesaria hasta el logro mínimo esperado con base en su indicador. La programación debe ser complementaria a las acciones y actividades relacionadas y definidas en el POA institucional del MSPAS para el Área.
- Capacitar el recurso humano de las DAS y de los distritos en la elaboración y gestión administrativa y financiera de las Cartas Acuerdo del proyecto con base en las prioridades definidas en el POA del proyecto y la participación activa del personal administrativo de la UCP y P del nivel central del MSPAS.
- Fortalecer el uso de los POAS del proyecto como herramientas de gestión para el control de las tareas y actividades definidas a nivel de los distritos y las áreas de Salud.
- Compartir las experiencias de organización y estrategias para la promoción de la salud y programas, la recategorización de los servicios de salud y los controles administrativos del proyecto. En este sentido, es interesante identificar los factores facilitadores del modelo de gestión local participativa de Santa Cruz Verapaz, y la posibilidad de replicarlo en otros municipios.
- Revisar la organización de los servicios y la calidad en su provisión para una gestión integral del modelo de atención en salud. La implementación de procesos de re-categorización deberían incluir todos los aspectos determinantes como son la adecuación propia de la infraestructura, la necesidad de recursos humanos e insumos, la organización administrativa y de gestión del servicio y sus procesos internos.
- Redefinir prioridades en el proyecto para apoyar la implementación del proceso de recategorización, con el fin de que a finales del proyecto en un número determinado de servicios quede completado este proceso de manera integral (asegurando la prestación de la cartera de servicios con calidad, calidez y una utilización eficiente tanto de la capacidad física instalada como de los recursos humanos,

equipo, entre otros, asignados a cada servicio). Se debe garantizar que los diferentes CAIMIs de las 5 Áreas de salud se encuentren funcionando, según el modelo integral propuesto, al final del proyecto.

- Definir y operativizar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos, vehículos e inmobiliarios con el fin de garantizar el buen funcionamiento de la infraestructura de los servicios de salud. En este sentido, cada DAS debe establecer un presupuesto específico para el plan.
- Fortalecer el desarrollo de la estrategia de la enfermera obstétrica maya como aporte a la reducción de la muerte materna para los departamentos objeto del proyecto. Esta experiencia se debe documentar y socializar con una posible ampliación a otras regiones del proyecto. En una primera fase podría ser orientada como prueba piloto.
- El MSPAS debe fortalecer su papel rector en el componente de Saneamiento del Medio.
- Incorporar el componente de salud y ambiente en el modelo integral de atención y gestión del MSPAS (agua, saneamiento del medio y manejo adecuado de desechos) priorizando los distritos y comunidades mas alejadas de la cabecera municipal.
- Fortalecer la participación comunitaria en forma organizada a través de comités y organizaciones activas claramente conformadas. Esto podría ayudar para el desarrollo del sistema de salud en el país por niveles de atención según la complejidad de las patologías y las carteras de servicios de los diferentes niveles del SIAS.
- Fortalecer la participación de las comisiones de salud, medio ambiente y recursos naturales en los COCODES y COMUDES en temas relevantes como el Saneamiento Ambiental, involucrando a los diferentes estamentos responsables: Consejos Municipales, Administración Municipal y a los representantes del INFOM.
- Favorecer la coordinación intersectorial mediante la participación activa de los COMUDES y CODEDES en Programas y Proyectos nacionales e internacionales como el Programa Municipios para el Desarrollo Local, PROMUDEL, presente en los tres departamentos objeto del proyecto y que tiene como objetivo fundamental la promoción de políticas y actividades municipales para la buena gobernabilidad, para mejoras tangibles en los servicios públicos municipales y para la prevención de desastres naturales.
- Involucrar en el proceso de atención en salud a los sistemas prestadores de salud formales (oficiales) e informales (tradicionales) existentes y reconocidos en la comunidad para lograr un mayor impacto en los grupos sociales prioritarios. Facilitar la participación de la comadrona en la atención del parto bajo la supervisión del personal de salud responsable en el centro de salud, podría ser una estrategia fundamental para garantizar el acercamiento y complementariedad de la medicina tradicional y popular con el servicio de salud ofrecido por el MSPAS en las regiones.
- Incrementar la búsqueda de interlocutores locales para hacer contacto con los terapeutas tradicionales con el fin de lograr el desarrollo de la medicina tradicional y popular. Se podría buscar el desarrollo de un sistema de salud indígena y alternativa, como estrategia que requiere más atención. En este sentido, es importante un trabajo coordinado, partiendo de experiencias locales como la de Promotoras de Salud en San Juan Chamelco en el Alta Verapaz.
- Desarrollar a nivel de las escuelas formadoras de recursos humanos (médicos, enfermeras, entre otros.), la importancia de la medicina tradicional y popular en la comunidad indígena y fomentar el respeto por las creencias y enfoques terapéuticos. Definir políticas y capacitar a los actores de los dos sistemas para facilitar la complementariedad en la prestación de los servicios de salud en el país.

- Priorizar la implementación de los Depósitos de Sangre y los Bancos de Sangre regionales, con su respectivo programa de donante voluntario. La capacidad resolutoria de los servicios recategorizados esta relacionada, en parte, con la capacidad de atender la emergencia obstétrica.
- Definir actividades prioritarias a realizar con el fin consolidar las acciones iniciadas en salud mental y el avance adicional que podría realizarse en el tiempo de vida del proyecto.
- Establecer una estrategia de trabajo específica para el impulso de actividades de VIF/VBG, vinculando a los y las adolescentes en un proceso dinámico de participación social.
- Definir una estrategia realmente operativa, en coordinación con las DAS, para garantizar la disponibilidad y el suministro oportuno de medicamentos a nivel regional. La participación del Programa de Accesibilidad de Medicamentos, PROAM, es fundamental y requiere de mecanismos administrativos y de provisión convenientes para los beneficiarios.
- Desarrollar la estrategia de ventas sociales de medicamentos en los centros de convergencia fortalecidos en todas las Áreas de salud con el fin de vincularlos a la red de servicios de distritos y puestos de salud de tal forma que no se generen conflictos de intereses con aquellos medicamentos que se entregan en forma gratuita.
- Capacitar los profesores participantes en la estrategia de Escuelas Saludables sobre la metodología y herramientas pedagógicas adecuadas para abordar diversos temas en forma adecuada. Además, es necesario visualizar espacios para el desarrollo integral de los niños y las niñas y adolescentes buscando el empoderamiento social, en donde el sector salud participe con sus contribuciones propias, pero no como único impulsor del proceso.
- Facilitar en la medida de lo posible y con la anuencia del Ministerio de Educación Nacional, la integración de los temas de salud de la estrategia de Escuelas Saludables en el currículo escolar para garantizar su continuidad y desarrollo.
- Incorporar en el monitoreo y la evaluación, los indicadores de resultado de la medición del desempeño del servicio y la calidad de la atención, los cuales son esenciales para una adecuada administración y un incremento de la calidad en la atención de los servicios de salud.
- Orientar la Fiscalización y la Auditoria Social como un proceso participativo en la comunidad integrando componentes fundamentales como son la responsabilidad en el auto cuidado de la salud y la participación en actividades de prevención y promoción de la salud.
- Fortalecer la cooperación técnica de OPS/OMS en forma oportuna, continua y sistemática. Es fundamental definir un plan para la prestación de la cooperación técnica por parte de OPS/OMS.
- En futuras evaluaciones, es pertinente que se disponga, para el organismo cooperante y su equipo evaluador, de un adecuado detalle de la información sobre la ejecución financiera, no solo por elemento del gasto, sino por aspectos específicos como: costos detallados de contratación de recursos humanos, costos de capacitaciones y talleres, costos de Inversiones en remozamiento locativo, costos en inversiones en equipos médicos y otros aspectos relevantes según montos específicos.
- La ejecución del presente proyecto deberá finalizarse con el mismo mecanismo de colaboración existente. Consideramos un tanto prematuro plantear modalidades diferentes de cooperación de cara al futuro, principalmente porque no se conocen las propuestas de las nuevas autoridades que asumirán la responsabilidad del gobierno a partir de enero 2008.
- Liquidar las Cartas Acuerdo entre la OPS y el MSPAS en tiempos máximos de 4 meses luego de ser emitidas y realizadas las transferencias de recursos a la UCP y P para respetar las políticas de la OPS/OMS en éste sentido. Se deben identificar las razones por las cuáles existen aún Cartas Acuerdo desde 2006 pendientes por liquidación y controlar sus causas.

- Reforzar el manejo administrativo y facilitar una oportuna liquidación de las Cartas Acuerdo principalmente a nivel de los Distritos y su coordinación operativa con las DAS.
- Considerar una prórroga al proyecto hasta máximo marzo de 2009, es decir por 2 años más con la modalidad de financiamiento existente. Lo anterior, considerando una disponibilidad presupuestaria actual estimada en US \$ 1,976,195.33 (31% del total de los fondos netos para el proyecto) y debido a los retrasos debidamente justificados en la ejecución operativa del POA 2007.
- Estimamos conveniente que Asdi continúe acompañando al MSPAS en los esfuerzos para crear condiciones para el enfoque sectorial, tanto mediante el fondo existente como coordinando con otros socios de la cooperación que han manifestado su interés (i.e. las autoridades del MSPAS informaron al equipo evaluador que US AID tiene interés en apoyar el enfoque sectorial).
- Antes de finalizar el proyecto Asdi III, es fundamental realizar una evaluación interna de cierre liderada por el MSPAS con apoyo de la OPS/OMS. Entre otros, esta evaluación podría contribuir a identificar áreas de trabajo para continuar la colaboración Suecia–Guatemala para el desarrollo del sector salud en Guatemala.

## 7. Glosario de Términos del Proyecto

**Asdi.** Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional.

**ASIS.** Análisis de Situación de Salud.

**ASS.** Administradora de Servicios de Salud.

**B.R.** Botiquines Rurales.

**BRES.** Balance Requisición y Envío de Suministros

**CAIMI.** Centros de Atención Integral Materno Infantil. Establecimiento de salud, que se ubica en cabeceras municipales, con riesgos altos a la salud materna infantil, por su accesibilidad permite ser centro de referencia para otros servicios del primer y segundo nivel de atención, deben contar con encamamiento (de 20 a 30 camas) para atención materno infantil, cuenta con sala de Urgencias, sala de partos y quirófano para resolución de urgencias obstétricas. Prestará servicios médicos generales y contará con las especialidades básicas de Pediatría, Ginecobstetricia y Anestesiología. Este servicio da cobertura a una población mayor de 40,000 habitantes. Debe contar con un hogar materno, que es una instalación comunitaria de baja complejidad, para el hospedaje temporal de mujeres embarazadas desde antes de su parto hasta el momento del nacimiento o de su traslado para la resolución del mismo en el nivel más cercano adecuado para su atención. También servirá de alojamiento a aquellas mujeres que por vivir en lugares inaccesibles necesitan permanecer cerca de este servicio en el pre y post parto.

**CAP.** Centros de Atención Permanente en Salud. Establecimientos de atención medica permanente, con resolución de parto no complicado y estabilización y referencia de urgencias; se ubican en áreas geográficas seleccionadas, con centros urbanos de alta concentración poblacional o comunidades rurales de difícil acceso que deban contar con establecimientos con disponibilidad de encamamiento para atención materna e infantil. Desarrolla actividades de atención ambulatoria extramuros vinculada fundamentalmente a los hogares maternos. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación. Cuentan con encamamiento (de 10 a 20 camas) y salas de atención de parto. Permanecerá abierto las 24 horas.

**CENEPA.** Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios con horario ampliado. Son establecimientos de salud ubicados en cabeceras municipales, o en poblaciones que por su accesibilidad o importancia poblacional, deben contar con este nivel de resolución. Cubre una población promedio de 10,000 habitantes. Las acciones que brinda son de promoción, prevención, curación y recuperación de la salud, dirigido a las personas y al ambiente, con énfasis en programas prioritarios, con horarios de atención adaptados y ampliados de acuerdo a la cultura de la población para la demanda de los servicios. No cuenta con encamamiento y en caso de desastres o emergencias prestaran atención permanente

**COCODES.** Consejos Comunitarios de Desarrollo.

**CODEDES.** Consejos Departamentales de Desarrollo.

**COMUDES.** Consejos Municipales de Desarrollo.

**CNE.** Centro Nacional de Epidemiología.

**CTD.** Cooperación Técnica Descentralizada (término utilizado por OPS/OMS).

**DAS.** Direcciones de Área de Salud.

**DGRHH.** Dirección General de Recursos Humanos en Salud.

**DMS.** Distritos Municipales de Salud.

**ELAM.** Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba.

**FES.** Facilitadores de Educación en Salud.

**EPS.** Ejercicio Profesional Supervisado.

**GAS.** Grupos de Acción en Salud Escolar.

**GPS.** Gerente de Provisión de Servicios.

**I.E.** Vacunación contra Influenza Estacional.

**IEC.** Información, Educación y Comunicación.

**IGSS.** Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

**INE.** Instituto Nacional de Estadística.

**ITS.** Infecciones de Transmisión Sexual.

**Línea Basal.** Diagnóstico de la situación de salud como referencia para el proyecto. Se toma como base, los indicadores estadísticos país según INE en año 2000 y 2003.

**Método De Hanlon.** Método basado en 4 componentes que se corresponden con los principales criterios que permiten decidir prioridades de salud: Magnitud, Severidad, Vulnerabilidad y Factibilidad. Utilizada por el MSPAS para priorizar los servicios que mejorarían su capacidad resolutive.

**MSPAS.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

**Micro regiones.** Referencia a la agrupación de distritos de salud o municipios que comparten algunas características como: Acceso geográfico, Idioma, Problemas prioritarios. Generalmente en la misma Área de Salud y Departamento

**OG's.** Organizaciones Gubernamentales.

**ONG's.** Organizaciones no Gubernamentales.

**OPS/OMS.** Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

**POA.** Plan Operativo Anual (POAs. Planes Operativos Anuales).

**PNSR.** Programa Nacional de Salud Reproductiva.

**PROAM.** Programa de Accesibilidad a Medicamentos.

**PROEDUSA.** Programa de Educación en Salud del MSPAS.

**PROMESA.** Promotores Escolares en Salud.

**PNI.** Programa Nacional de Inmunizaciones.

**PSS.** Prestadoras de Servicios de Salud

**PSF.** Puestos de Salud Fortalecidos. Son establecimientos de menor complejidad del segundo nivel de atención, ubicado en aldeas, cantones, caseríos, barrios o en algunas cabeceras municipales. Cubre una población promedio de 5,000 habitantes. Sirve de enlace entre la red institucional y la comunidad. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud según normas, con horario de 8 horas, de lunes a viernes. Presta servicios de promoción, prevención y curación de enfermedades no complicadas. Se articula con servicios de salud más complejos a través del sistema de referencia y respuesta. Forma parte de un Distrito de Salud.

**SEGEPLAN.** Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República.

**SIAS.** Sistema Integral de Atención en Salud

**SIAF.** Sistema Integrado de Administración Financiera.

**SIAFI.** Sistema de Información Administrativa y Financiera Institucional del MSPAS.

**SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**SIGSA.** Sistema de Información Gerencial en Salud.

**SRC.** Síndrome de Rubéola Congénita.

**UAT.** Unidad de Asistencia Técnica.

**UCA.** Unidad Coordinadora de Áreas.

**UCPyP.** Unidad Coordinadora de Proyectos y Programas.

**UDRHAS.** Unidades de Desarrollo de Recursos Humanos de las Áreas de Salud.

**UPE.** Unidad de Planificación Estratégica del MSPAS.

**UPS I,II y III.** Unidad Provisión de Servicios de Salud de 1, 2 y 3 nivel.

**USAC.** Universidad San Carlos de Guatemala.

**USME.** Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del MSPAS.

**VBG.** Violencia Basada en Género.

**VIF.** Violencia Intrafamiliar

**VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

**VS.** Ventas Sociales, en el contexto del programa de accesibilidad a medicamentos, PROAM.

# Apéndice 1 Términos de Referencia, TdR, de la Misión

Consultoría para la Evaluación del Proyecto Modelo integral de salud desarrollado e implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local – Asdi III.

## Antecedentes

El proyecto Modelo integral de salud desarrollado e implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local – Asdi III – representa la continuación del apoyo ofrecido por el Gobierno de Suecia al desarrollo del sistema de salud en Guatemala y tiene como propósito mejorar el acceso a los servicios de salud a la población de los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz, los cuales, integran 5 áreas de salud (incluyendo Ixcán e Ixil) con un total de 69 municipios beneficiados.

En el contexto de la cooperación regional, en noviembre de 2005 se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Suecia (SIDA) y OPS/OMS como soporte para el desarrollo de los programas de salud en Centroamérica para la protección social en salud, la reducción de las inequidades étnicas y de género en salud y salud familiar y comunitaria en el periodo 2005–2007, el cual tiene influencia e impacto en Guatemala y por lo tanto efecto sobre el proyecto a evaluar.

El Proyecto plantea tres resultados esperados: el Modelo integral de atención y gestión implementado, el papel Rector del MSPAS fortalecido y el Sistema de participación incluyente operando; cada resultado esperado contempla los indicadores a alcanzar y las actividades a desarrollar en la vida del Proyecto.

Actualmente, la dinámica en la ejecución del proyecto se basa en la siguiente situación actual en la salud pública del país:

1. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, mantiene el proceso interno de desarrollo técnico y administrativo, orientado al mejoramiento continuo en la calidad de los servicios y la extensión de cobertura del primer y segundo nivel mediante estrategias como la creación y desarrollo de los Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) en el segundo nivel del SIAS,
2. La OPS/OMS y el MSPAS han fortalecido la gestión en cooperación técnica mediante el desarrollo de la Unidad Coordinadora de Proyectos y Programas (UCPP) que permite una mejor articulación con los planes nacionales (Rol rector del MSPAS) y los proyectos de otras agencias de cooperación,
3. El MSPAS ha definido la Agenda Nacional de Salud para el periodo 2006–2020 en forma participativa con la sociedad civil, crear consensos y viabilizar su desarrollo.

En el marco de los acuerdos suscritos en la reunión Tripartita del 6 de abril de 2006, entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Asdi) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se acordó extender el proyecto hasta junio de 2007 y con base en una evaluación de avances se estudiará una posible extensión hasta el 2008 según el cumplimiento de objetivos y la ejecución financiera durante el 2006 y el primer semestre de 2007. Dicha evaluación debe garantizar el mejor desarrollo de los POAs aprobados para el periodo y ofrecer las recomendaciones necesarias para la gestión y ejecución eficiente de los acuerdos entre la OPS/OMS y los niveles de Área de Salud y la UCPP del MSPAS.

## Objetivo

Medir el impacto potencial favorable y logros alcanzados en la ejecución del Proyecto Asdi III desde su inicio hasta diciembre de 2006 y analizar la pertinencia en la modalidad de cooperación empleada con el fin de orientar las intervenciones futuras de apoyo.

## Alcance de la Consultoría

La evaluación debe ofrecer una visión global, por área de salud y resultado esperado de los avances del proyecto. Además debe proporcionar recomendaciones para mejorar la ejecución del Proyecto, en términos de su eficiencia, logros, impactos y sostenibilidad de resultados.

## Actividades y Alcance de la Evaluación

Las actividades a realizar incluyen, pero no se limitan únicamente a las siguientes:

1. Medir y analizar los cambios en cobertura y acceso a los siguientes servicios (con base en la Línea Basal del Proyecto) considerando el posible impacto de otros programas de cooperación en la región:
  - 1.1. Comportamiento de las consultas médicas (solicitadas y satisfechas),
  - 1.2. Atención materna: control prenatal, atención del parto y postparto,
  - 1.3. Atención infantil: control de niño sano, inmunizaciones,
  - 1.4. Otros indicadores relevantes según información disponible.
2. Analizar los avances obtenidos en relación al alcance de los Resultados Esperados, Objetivo de Proyecto y Objetivo de Desarrollo y valorar si será posible alcanzar los mismos en el periodo de tiempo restante para la ejecución del Proyecto,
3. Medir y analizar el cumplimiento de los indicadores propuestos para cada uno de los resultados y objetivos del Proyecto,
4. Documentar las experiencias exitosas desarrolladas en las Áreas de Salud, los Distritos Municipales de Salud y el Nivel Central, con relación al desarrollo del Proyecto.
5. Identificar los factores facilitadores y limitantes en el desarrollo y implementación del Proyecto.
6. Analizar el impacto potencial del Proyecto y su posible contribución:
  - a. Al mejoramiento de los indicadores nacionales pertinentes (cobertura en los servicios de salud, morbilidad y mortalidad materno infantiles, entre otros).
  - b. Al fortalecimiento del papel Rector del MSPAS,
  - c. Al fortalecimiento de la Gestión Participativa y
  - d. A la implementación del Modelo Integrado de Atención y Gestión.
7. Con base en el enfoque metodológico actual del proyecto, evaluar su impacto en el logro de resultados y, en caso de ser pertinente, proponer otras posibles modalidades de cooperación para el futuro (Enfoque Sectorial, Basket Funding, etc.), que permitan asegurar el logro de los resultados propuestos y garantizar la sostenibilidad de las acciones de cooperación realizadas.
8. Analizar aspectos relacionados con la ejecución financiera del proyecto: involucramiento de las Áreas de Salud, tipo de gastos incurridos, grado de avance de la ejecución financiera a nivel global, por área de salud y nivel central.
9. Los productos de la consultoría serán los siguientes:
  - 9.1. Informe global,
  - 9.2. Informe por área de salud y nivel central del MSPAS.

Los informes de avance deben ofrecer información clara por Resultado Esperado en el contexto del objetivo de proyecto y del objetivo de desarrollo global.

10. El equipo de consultores trabajarán en estrecha relación con los funcionarios de la UCPP del Nivel Central del MSPAS y de las cinco Áreas de Salud del Proyecto, el Coordinador del Área Técnica de Acceso Universal a Servicios y Tecnología en Salud de OPS/OMS/GUT y los funcionarios responsables de la Embajada de Suecia en Guatemala.

## **Procedimiento de la Evaluación**

La evaluación deberá realizarse conforme a lo estipulado en el “Manual Sida’s Evaluation”, disponible en la página web de Sida: [http://www.sida.se/content/1/c6/02/56/24/SIDA3753en\\_mini.pdf](http://www.sida.se/content/1/c6/02/56/24/SIDA3753en_mini.pdf)

La evaluación de las Áreas de Salud y los Municipios beneficiados por el Proyecto debe ser realizada con base en los siguientes criterios:

1. Se visitarán todas las Áreas de Salud Beneficiadas por el Proyecto,
2. Se definirá una muestra representativa de municipios a visitar considerando el número de municipios por Área de Salud, la accesibilidad geográfica, el grado de avance en la ejecución del Proyecto (Alto, Medio y Bajo) y la dispersión de la comunidad (urbana y rural).

A comienzos del mes de junio y con apoyo del consultor local, se iniciarán los preparativos de la misión de evaluación. El Coordinador del Equipo evaluador elaborará un “Plan de Trabajo” con la propuesta de Municipios a evaluar, agendas de trabajo y demás aspectos relevantes, para ser puesto en consideración y ser discutido con las autoridades del MSPAS, funcionarios de la OPS/OMS y la Embajada de Suecia en Guatemala.

## **Fuentes de Información**

- 1) Documentos disponibles del Proyecto (plan de acción 2005 y 2006),
- 2) Informe de Avance 2006,
- 3) Planes de trabajo (POAs e informes financieros 2007),
- 4) Informe sobre La Línea Basal del Proyecto,
- 5) Otros informes y documentos relevantes.

## **Itinerario y Duración de la Evaluación**

Para lograr el cumplimiento del objetivo, alcances de la evaluación y tener una visión general del avance del proyecto, el equipo consultor visitará tanto el nivel central del MSPAS, como las cinco áreas de salud en los tres departamentos con un número representativo de municipios beneficiados en cada departamento y con base en los criterios anteriormente planteados.

La evaluación comprende:

- a) Un trabajo de campo en Guatemala en el periodo comprendido entre el 1 y el 21 de julio (21 días calendario). El trabajo de campo en Guatemala debe incluir visitas de campo a cada una de las áreas de salud beneficiadas, entrevistas con autoridades del nivel central del MSPAS y otros actores relevantes.
- b) La disponibilidad de 13 días para la preparación de la misión, la redacción de informes y la recopilación de documentos de soporte (incluye trabajo del equipo evaluador los sábados 7 y 14 de julio sobre el terreno).

## **Informes**

El informe de la evaluación será escrito en el idioma español y no excederá de 30 páginas, excluyendo los anexos.

El equipo de consultores tiene la responsabilidad de entregar a la Embajada de Suecia, MSPAS y OPS/OMS un primer borrador de informe para su ajuste o aprobación el 31 de julio de 2007. Asdi, MSPAS y OPS/OMS deberán enviar al equipo evaluador sus comentarios a más tardar el 08 de agosto de 2007. El equipo evaluador integrará los comentarios pertinentes y enviará el informe final a Asdi a más tardar el 12 de agosto 2007. Una vez aceptada la versión definitiva, Asdi entregará copias al Ministro de Salud y Representante de OPS/OMS/GUT.

Asdi puede publicar el informe en la serie “Sida Evaluations” si así lo decide.

## Contrato

El contrato será por la consultoría de la Evaluación del Proyecto.

El equipo evaluador esta conformado por:

Dr. Iván Darío Puerta Jaramillo. Coordinador del equipo evaluador,

Dra. Marta Imelda Medina Sandino. Especialista en Salud Pública,

Dra. Alicia Borges Månsson. Especialista en Educación y Entrenamiento.

Dr. Edwin Mayén Alvarado. Especialista en Salud Pública. Consultor local.

## 1.2 Agenda de la Misión

Miembros del Equipo evaluador: Dra. Marta Medina Sandino y Dr. Edwin Mayén Alvarado, Dra. Alicia Borges Mansson y Dr. Iván Darío Puerta Jaramillo.

| Fecha y hora                                          | Actividad                                                                                                                                                                                                                                | Participantes                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Junio 29 y 30 de 2007</b><br>A partir de las 08:00 | Inicio de visita de la Misión de evaluación.                                                                                                                                                                                             | Equipo de misión de Asdi III.                                                                                                                     |
| <b>Julio 02 de 2007</b><br>09:00                      | Presentación de Misión de Evaluación ante MSPAS                                                                                                                                                                                          | Autoridades del MSPAS,<br>Representantes de OPS/OMS.<br>Equipo de evaluación.                                                                     |
| <b>Julio 02 de 2007</b><br>10:00                      | Presentación sobre el Proyecto por el MSPAS y la OPS a la misión de evaluación                                                                                                                                                           | Autoridades del MSPAS,<br>Representantes de OPS/OMS,<br>Equipo de E valuación.                                                                    |
| <b>Julio 03 de 2007</b><br>08:00                      | Entrevista representantes OPS/OMS                                                                                                                                                                                                        | Representantes OPS/OMS<br>Equipo de Evaluación.                                                                                                   |
| 11:00                                                 | Entrevista en la Embajada de Suecia.                                                                                                                                                                                                     | Consejero de Embajada de Suecia,<br>Equipo de Evaluación.                                                                                         |
| 13:00                                                 | Desplazamiento al Departamento de El Quiché                                                                                                                                                                                              | Equipo de Evaluación                                                                                                                              |
| <b>Julio 04 de 2007</b><br>08:00                      | Sesión de trabajo con Equipo Técnico de la DAS Quiché                                                                                                                                                                                    | Representante de la UCP y P del MSPAS,<br>Equipo Técnico DASQ<br>Equipo de Evaluación.                                                            |
| 14:00                                                 | Visita Hospital Nacional,<br>Entrevista SEGEPLAN de El Quiché,<br>Entrevista PSS del Quiché y Unidad Técnica de Extensión de Cobertura,<br>Entrevista y visita Centro de Salud Santa Cruz del Quiché<br>Entrevista ONG Médicos Descalzos | Representantes de organismos e instituciones,<br>Equipo evaluador                                                                                 |
| <b>Julio 05 de 2007</b><br>08:00                      | Visita Distrito San Andrés                                                                                                                                                                                                               | Equipo Técnico DASQ y Distrito, Comadronas,<br>Representantes de adolescentes,<br>Representantes comunitarios: COCODES.<br>Equipo B de evaluación |
| 08:00                                                 | Visita Distrito Canillá                                                                                                                                                                                                                  | Equipo Técnico DASQ y Distrito,<br>Equipo A de evaluación                                                                                         |

| <b>Fecha y hora</b>              | <b>Actividad</b>                                                                                                                                                    | <b>Participantes</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Julio 05 de 2007</b><br>17:00 | Entrevista Promudel                                                                                                                                                 | Coordinadora PROMUDEL Quiché<br>Equipo evaluador                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Julio 06 de 2007</b><br>08:00 | Visita Distrito San Bartolomé Jocotenango                                                                                                                           | Equipo Técnico DASQ y distrito, Comadronas,<br>Representantes de Alcaldía,<br>Representantes comunitarios:<br>Vigilantes y facilitadores comunitarios.                                                                                                                                          |
| 15:00                            | Reunión de Cierre en DASQ                                                                                                                                           | Equipo Técnico DASQ, representante del Nivel Central del MSPAS y Equipo de Evaluación.                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Julio 07 de 2007</b><br>08:00 | Trabajo interno del Equipo de Evaluación                                                                                                                            | Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Julio 08 de 2007</b><br>10:00 | Traslado al Departamento Alta Verapaz                                                                                                                               | Equipo A de evaluación                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Julio 09 de 2007</b><br>08:00 | Sesión de trabajo con el equipo técnico de DASAV                                                                                                                    | Equipo técnico de DASAV<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                                                                                                                                                                                                      |
| 14:00                            | Reunión con otros actores de la cooperación que trabajan en salud                                                                                                   | Representantes de Mercy Corps, Médicos del Mundo, Pastoral de la Salud, Proyecto Malaria, Grupo de Medicina Tradicional Alternativa de San Juan Chamelco<br>Representantes del equipo técnico DASAV<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                          |
| <b>Julio 10 de 2007</b><br>08:00 | Traslado al Distrito de Salud de Lanquin                                                                                                                            | Equipo A Evaluación.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 09:30                            | Sesión de trabajo con el equipo técnico del Distrito de Salud Lanquin<br>Recorrido por las instalaciones del Centro de Salud Lanquin                                | Equipo técnico del Distrito de Salud Lanquin<br>Representantes de ONGs que trabajan en el distrito Lanquin<br>Representantes de la PSS que realiza extensión de cobertura en el distrito<br>Representantes de DASAV<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación          |
| 15:30                            | Visita a Semuc-Champey                                                                                                                                              | Representantes de DASAV<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Julio 11 de 2007</b><br>08:00 | Visita a la Escuela República de Colombia en el municipio de Carchá                                                                                                 | Representantes del equipo técnico DASAV<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Directora y profesora del centro escolar<br>Niños FES<br>Equipo A de evaluación                                                                                                                             |
| 09:30                            | Sesión de trabajo con el equipo técnico del Distrito de Salud San Cristóbal<br>Recorrido por las instalaciones del CAIMI/ Hospital Distrital y Centro Oftalmológico | Equipo técnico del Distrito de Salud San Cristóbal<br>Representantes de ONGs que trabajan en el distrito San Cristóbal<br>Representantes de PSS<br>Representantes comunitarios<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Representantes del Ministerio de Educación<br>Equipo A de evaluación |
| 14:00                            | Sesión de trabajo con el equipo técnico del Distrito de Salud Santa Cruz de Verapaz                                                                                 | Equipo técnico del Distrito de Salud Santa Cruz de Verapaz<br>Representantes comunitarios<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                                                                                                                                    |
| 16:00                            | Reunión de cierre con el equipo técnico de DASAV                                                                                                                    | Equipo técnico de DASAV<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                                                                                                                                                                                                      |

| <b>Fecha y hora</b>              | <b>Actividad</b>                                                                                                                                                                                                 | <b>Participantes</b>                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Julio 12 de 2007</b><br>07:30 | Traslado a IXCAN                                                                                                                                                                                                 | Equipo A de Evaluación                                                                                                                                                                                 |
| 14:00–20:00                      | Sesión de trabajo con el equipo técnico de la DASI                                                                                                                                                               | Equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Representantes comunitarios<br>Representantes de Pastoral de Salud Comunitaria Maya Ixcán (PASCONI)<br>Equipo A de evaluación       |
| 16:00                            | Visita a la corporación Municipal                                                                                                                                                                                | Representante de DASI<br>Un miembro del Equipo A de evaluación                                                                                                                                         |
| Julio 13 de 2007<br>08:00        | Entrevista con representante de PASCONI<br>Recorrido por las instalaciones (clínica y laboratorio de producción de medicamentos)                                                                                 | Representantes del equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Representante de Pastoral de Salud Comunitaria Maya Ixcán (PASCONI)<br>Equipo A de evaluación                    |
| 09:00                            | Entrevista con representantes de la Asociación de Comadronas Vida Nueva (ASOCOVINU)<br>Visita a la Venta Social de Medicamentos de ASOCOVINU                                                                     | Representantes del equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Representantes de ASOCOVINU<br>Equipo A de evaluación                                                            |
| 10:30                            | Visita a la Escuela Rural Mixta San Pablo.<br>Breve presentación por parte de escolares sobre las actividades apoyadas a través del programa Escuela Saludable.<br>Recorrido por las instalaciones de la escuela | Representantes del equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Director de la escuela<br>Escolares<br>Equipo A de evaluación                                                    |
| 11:30                            | Recorrido por las instalaciones del Centro de Salud /CAIMI Playa Grande                                                                                                                                          | Directora del Centro de Salud/CAIMI<br>Representantes del área de salud<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Representantes del sindicato de trabajadores de la salud<br>Equipo A de evaluación |
| 14:00                            | Continuación de sesión de trabajo con el<br>Sesión de trabajo con el equipo técnico de la DASI                                                                                                                   | Equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                                                                                                              |
| 15:30                            | Presentación cultural por parte del sindicato                                                                                                                                                                    | Niños                                                                                                                                                                                                  |
| 16:00                            | Discusión sobre actividades en el Distrito de Playa Grande                                                                                                                                                       | Equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Directora del Centro de Salud/CAIMI Playa Grande<br>Representantes del sindicato de trabajadores de salud<br>Equipo A de evaluación |
| 17:00                            | Reunión de cierre                                                                                                                                                                                                | Equipo técnico de DASI<br>Representante del nivel central MSPAS<br>Equipo A de evaluación                                                                                                              |
| 19:00                            | Reunión con representantes del sindicato de trabajadores de la salud                                                                                                                                             | Representantes del sindicato de trabajadores de salud<br>Equipo A de evaluación                                                                                                                        |
| <b>Julio 14 de 2007</b><br>06:00 | Traslado a la ciudad de Guatemala                                                                                                                                                                                | Equipo A de Evaluación                                                                                                                                                                                 |
| <b>Julio 08 de 2007</b><br>10:00 | Traslado a Departamento Huehuetenango                                                                                                                                                                            | Equipo B de Evaluación                                                                                                                                                                                 |
| <b>Julio 09 de 2007</b><br>08:00 | Sesión de trabajo con Equipo Técnico de la DAS Huehuetenango.                                                                                                                                                    | Representante de la UCP y P del MSPAS,<br>Equipo Técnico DASH<br>Equipo B de Evaluación.                                                                                                               |

| <b>Fecha y hora</b>              | <b>Actividad</b>                                                                                                                                                                                                                 | <b>Participantes</b>                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15:30                            | Visita Centro de Salud Huehuetenango Sur                                                                                                                                                                                         | Equipo Técnico del Centro de Salud,<br>Equipo Técnico de la DASH<br>Equipo B de evaluación                                                                                                                      |
| <b>Julio 10 de 2007</b><br>06:30 | Traslado y Visita Distrito San Gaspar Ixchil                                                                                                                                                                                     | Equipo Técnico DASH y Distrito,<br>Representante de MSPAS nivel central,<br>Equipo B de evaluación.                                                                                                             |
| 10:00                            | Traslado y Visita Distrito Cuilco                                                                                                                                                                                                | Equipo Técnico DASH y distrito,<br>Representantes de Alcaldía,<br>Representantes de la Coordinación Técnica<br>Administrativa de Educación y docentes<br>Escuela Regional de Cuilco.<br>Equipo B de evaluación. |
| <b>Julio 11 de 2007</b><br>06:00 | Traslado y Visita Distrito de Jacaltenango                                                                                                                                                                                       | Equipo Técnico DASH y Distrito,<br>Alcaldía Municipal,<br>Equipo B de evaluación.                                                                                                                               |
| 17:30                            | Reunión de Cierre de Visita a la DASH                                                                                                                                                                                            | Equipo Técnico DASH, representante MSPAS<br>del nivel Central y Equipo B de evaluación.                                                                                                                         |
| <b>Julio 12 de 2007</b><br>06:00 | Traslado y Visita a la DAS Ixil                                                                                                                                                                                                  | Equipo Técnico DASH, representante del MSPAS<br>del nivel central y Equipo Evaluador B.                                                                                                                         |
| <b>Julio 13 de 2007</b><br>07:00 | Traslado y Visita Puesto de Salud Xolcuay<br>de Chajúl.                                                                                                                                                                          | Equipo Técnico DASH, representante del MSPAS<br>del nivel central y Equipo Evaluador B.                                                                                                                         |
| 09:30                            | Traslado y Visita Centro de Salud San Juan<br>Costal, Escuela 15 de septiembre y Espacio<br>Amigable municipal                                                                                                                   | Equipo Técnico DASH, representante del MSPAS<br>del nivel central, directivas de la Escuela,<br>adolescentes de Espacio Amigable y Equipo<br>Evaluador B.                                                       |
| 11:00                            | Traslado y Visita al Puesto de Salud Ojo de<br>Agua en San Juan Costal.                                                                                                                                                          | Equipo Técnico DASH, representante del MSPAS<br>del nivel central y Equipo Evaluador B.                                                                                                                         |
| 16:00                            | Traslado a Nebaj y Reunión Cierre de Visita<br>a la DASH                                                                                                                                                                         | Equipo Técnico DASH, representante del MSPAS<br>del nivel central y Equipo Evaluador B.                                                                                                                         |
| <b>Julio 14 de 2007</b><br>10:00 | Traslado a Ciudad de Guatemala                                                                                                                                                                                                   | Equipo Evaluador B y representante del Nivel<br>Central del MSPAS.                                                                                                                                              |
| <b>Julio 15 de 2007</b><br>09:00 | Trabajo interno del Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                         | Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                            |
| <b>Julio 16 de 2007</b><br>08:00 | Trabajo interno del Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                         | Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                            |
| 14:00 a 15:30                    | Reunión SIAS: Director General, Coordinación<br>de Areas y monitoreo y PROEDUSA                                                                                                                                                  | Autoridades del MSPAS, Nivel Central<br>Equipo de Evaluación.                                                                                                                                                   |
| 14:00 a 17:30                    | Dirección de Programas: Salud Reproductiva<br>y Adolescentes, Salud Mental, Medicina<br>Tradicional, Saneamiento del Medio, PROAM                                                                                                | Autoridades del MSPAS, Nivel Central<br>Equipo de Evaluación.                                                                                                                                                   |
| 17:30 a 19:30                    | Reunión con UCP-P                                                                                                                                                                                                                | Autoridades del MSPAS, Nivel Central<br>Equipo de Evaluación.                                                                                                                                                   |
| 15:30 a 18:00                    | Reunión con Planificación estratégica:<br>Asesores en Infraestructura, Recursos<br>Humanos y Consultor de Enfoque Sectorial.                                                                                                     | Autoridades del MSPAS, Nivel Central<br>Equipo de Evaluación.                                                                                                                                                   |
| <b>Julio 17 de 2007</b><br>08:00 | Trabajo interno del Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                         | Equipo de Evaluación                                                                                                                                                                                            |
| 14:00 a 19:00                    | Entrevistas OPS: Proyectos regionales y<br>otros que brindan apoyo técnico a las Areas:<br>Coordinador Proyecto Asdi, Género, Jovenes,<br>Adolescentes, HIV/Sida, VIF/VBG, Recursos<br>Humanos, Financiero y Presupuesto y otros | Funcionarios OPS/OMS<br>Equipo de Evaluación.                                                                                                                                                                   |

| <b>Fecha y hora</b>              | <b>Actividad</b>                                                      | <b>Participantes</b>                                                                                                         |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Julio 18 de 2007</b><br>09:00 | Entrevista Decano USAC-Medicina: Dr. Jesus Oliva                      | Autoridades Facultad de Medicina Universidad San Carlos<br>Equipo de Evaluación.                                             |
| 11:00                            | Entrevista funcionarios IGSS                                          | Funcionarios IGSS<br>Equipo Evaluación                                                                                       |
| 12:30 a 13:30                    | Reunión Almuerzo: Brigada Médica Cubana/<br>Yoandra Muro Coordinadora | Coordinación Brigada<br>Equipo Evaluación                                                                                    |
| 14:00                            | Reunión funcionario AID                                               | Representante AID<br>Equipo Evaluación                                                                                       |
| <b>Julio 19 de 2007</b><br>08:00 | Trabajo interno equipo evaluación y<br>preparación de Diebrifing      | Equipo de Evaluación                                                                                                         |
| <b>Julio 20 de 2007</b><br>09:00 | Diebrifing para cierre de la misión                                   | Ministro de Salud y Equipo Técnico MSPAS,<br>Funcionarios Embajada Suecia,<br>Funcionarios OPS/OMS,<br>Equipo de evaluación. |
| 14:00                            | Trabajo interno equipo evaluación y<br>preparación de informes        | Equipo de Evaluación                                                                                                         |
| <b>Julio 21 de 2007</b><br>08:00 | Cierre de Misión.<br>Regreso al País de Origen.                       | Equipo de Evaluación.                                                                                                        |

### 1.3 Participantes en la Misión

#### **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS**

Lic. Alfredo Privado. Ministro de Salud, MSPAS de Guatemala,

Dra. Amelia Flórez. Viceministra Técnica del MSPAS,

Lic. Cristina Ramírez. Coordinadora de la UCP y P, MSPAS,

Dr. Edgar Méndez. Coordinador de Programas,

Dr. Gustavo Martínez. Coordinador Técnico UCP y P,

Dr. Ricardo Pedro Rosales Arroyo. Miembro de la Coordinación Técnica de la UCP y P,

Dr. Jorge Henry Leyva. Jefe del Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud,

Licda. Aracey Seijas. Asistente del Director General del SIAS,

Dr. Luis Castellanos Coordinador USME,

Ing. Julio Rivera. Gerente General de PROAM,

Dr. Lisandro Morán. Coordinador de Áreas de Salud,

Dr. Francisco Zambroni de la UCP y P,

Ing. Luis Sossa de la UCP y P.

Lic. Ana María Galindo. Coordinadora Administrativa de la UCP y P.

#### **OPS/OMS**

Dr. Joaquín Molina Leza. Representante en Guatemala,

Dr. Federico Hernández Pimentel. Representación de OPS/OMS,

Dr. Julio Isaacs. Coordinador del Proyecto Asdi III en OPS/OMS,

#### **Embajada de Suecia**

Sr. Pierre Frühling. Consejero Cooperación Técnica,

## **DAS QUICHÉ**

Dr. Waldemar Vélez Gaitán. Director Área de Salud,  
Dr. Luis Rodolfo Farfán. Gerente Provisión de Servicios Área de Salud,  
Silvia Vanesa Gómez. E.P.S. Nutrición,  
Lic. Elsa Pelaez. Trabajadora Social,  
Lic. Mirta Vásquez Hidalgo. Gerente Administrativa Financiera,  
Lic. Lidia Alvarado Chay. Jefe de Enfermería,  
Lic. Ivette Lemus. Nutricionista,  
Lic. Olga Chamale. Facilitadora Salud Reproductiva,  
Lic. Mayra Gil. Psicóloga,  
Dr. Jorge Flórez Rodríguez. Epidemiólogo,  
Lic. Brenda Lorena Herrera. Estadígrafa,  
Dr. Hector Ramirez Borrayo. Epidemiólogo,  
Sr. Enrique Gordillo. Administración Proyecto Asdi III,  
Sr. Luis Nuñez. Administración Proyecto Asdi III,  
Sta. Catalina Batén. Secretaria Proyecto Asdi III,  
Lic. Aleida López. Trabajo Social Proyecto Asdi III,  
Sr. Leonel Ramos. Proyecto Asdi III.  
Dr. Edgar de León, Director Hospital Nacional,  
Dra. Patricia Acañon, Sub-directora Hospital Nacional  
Licda. Alejandrina Campos, Responsable de Laboratorio y Banco de Sangre,  
Sr. Roberto Pereira, Encargado de Planificación, Consejo Departamental  
de Desarrollo de SEGEPLAN,  
Sara de Zapete, Coordinadora ICOS. PSS Quiché,  
Diego Hernández, Coordinador CORSALE, PSS Quiché  
Lic. María Elena Cruz, Auxiliar de Enfermería, Encargada del Puesto de Salud Canillá,  
Dr. Carlos Castillo, Médico Puesto de Salud Canillá,  
Sr. Rogelio Gómez, Vice Alcalde, San Bartolomé Jocotenango.

## **DAS HUEHUETENANGO**

Dr. José Orlando Cano López. Director Área de Salud Huehuetenango,  
Dr. Mario Mazariegos. Asistente Técnico de Área,  
Lic. Alondy Cruz. Gerente Administrativo Financiero,  
Dr. Herbert Ralda. Epidemiólogo del Área,  
E.P. Patricia Martínez Cifuentes. Enfermera de Área,  
E.P. Elsa Gómez. Enfermera de Área,  
Sr. Donny Rivas. Coordinador Técnico Salud Rural,  
Lic. Karla Mendoza. Trabajadora Social de Área,  
Lic. Lilian Flóres. Coordinadora Salud Reproductiva,  
Sr. José Leonel de León López. Coordinador Asdi,  
Sr. Rafael Gutierrez. Inspector de Saneamiento Ambiental,  
Sr. Rudy Mayorga. Encargado de Mantenimiento,  
Lic. Brenda Rosales. Psicóloga del Área,

Lic. Ana María Tobar. Nutricionista del Área,  
Dra. Melida Chaguaceda. Coordinadora Unidad de Asistencia Técnica, UAT,  
de Extensión de Cobertura.  
Lic. Cindy Gabriela Herrera. Trabajadora Social Asdi III,  
Sra. Nereyda López Soto. Asistente de Recursos Humanos del Área,  
Dr. Gelber Mazarriegos. Director Distrito San Gaspar Ixchil,  
Sr. Cecilio Morales Salas. Promotor de Saneamiento. Distrito San Gaspar Ixchil,  
Dr. Giovanni Castillo. Director Distrito Cuilco,  
Lic. Adaly Osorio. Enfermera Cuilco,  
Sr. Moisés Pedro Riojas. Alcalde Municipal de Jacaltenango,  
Dr. Jaime Quiñónez. Director Distrito Jacaltenango,  
Lic. Delia Montejo. Enfermera Distrito Jacaltenango,  
Sr. Pedro Rojas. Distrito Jacaltenango.

## **DAS IXIL**

Dr. Edgar Lara. Director Área de Salud Ixil,  
Lic. Aldo de León. Gerente Financiero DASI,  
Lic. Domingo Pérez Bernal. Gerente Financiero y Administrador Hospital Distrital  
Lic. Milca Pérez. Encargada de recursos Humanos DASI,  
Catalina Brito Cuplay. Enfermera DASI,  
Elena Gómez. Facilitadora DASI,  
Gaspar Ramírez R. Inspector de Saneamiento Ambiental DASI,  
Petrona Brito Ceto. Trabajadora Social DASI,  
Lic. Miguel López Gallego. Enfermero DASI,  
Lic. Maria Antonia Yup. Psicóloga DASI,  
Jesica Liseth Farfan. Coordinadora Asdi III en DASI,  
Felipe Rigoberto Brito T. Contador DASI,  
Dr. Abel Adán Ceto López. Epidemiólogo DASI,  
Sra. Juana Angélica Raymundo T. Secretaria. DASI.  
Lic. Fermín Cojón. Save the Children. Nebaj,  
Lic. Fernando López. Gerente Prestadora Servicios de Salud Cooperativa Todos Nebajenses,  
Lic. Irma de Hernández. Cooperativa Todos Nebajenses.  
Dr. Fernando Velásquez. Director Distrito San Juan Cotzal.

## **ALTA VERAPAZ**

### **DAS ALTA VERAPAZ (DASAV)**

Dr. César Augusto Díaz Molina, Director Área de Salud DASAV  
Ing. Eri Reyes, Gerente de Provisión de Servicios DASAV  
Lic. Francisca Valdez Pineda, Coordinadora de Promoción DASAV  
Heidi Maritza Mutz Ajcot, Trabajadora Social, Auxiliar de Promoción DASAV  
Lic. Blanca Adelina Ac, Enfermera de Área DASAV  
Juan Pablo Medina Pérez, Auxiliar de Promoción, DASAV  
Paul García, Salud Reproductiva, DASAV  
Yanneth Rosales R, Gerente Control y Vigilancia de la Salud, DASAV

Ivonne Yat de Morales, Auxiliar de Promoción DASAV  
Ulía Zugerdy Figueroa, Auxiliar de Salud Mental DASAV  
Mynor Marroquin Ramírez, Auxiliar Salud Mental DASAV  
Marlyn Granados Jon, Auxiliar Salud Mental DASAV  
Lic. Eugenia Chacón, Coordinadora Salud Mental DASAV  
Bertha Ma. Villek, Químico-Farmacéutica DASAV  
Patricia de León, Gerente de Recursos Humanos DASAV  
Modesto Ortiz Chiquin, Coordinador G.T.V. DASAV  
Ma. Antonieta Ramírez, Coordinador Nutrición DASAV  
Waldemar Colody, Supervisor Saneamiento DASAV  
S. Lead González, Secretaria DASAV  
Jesús Vazquez, Técnico en Salud Rural DASAV  
Luis Fernando Catún, Contador Asdi III DASAV  
Luis Arturo Baldizón, Contador DASAV  
Oralia García López, Secretaria Gerencia DASAV  
Lisette Rosales, Gerente Administrativo-Financiero DASAV

#### **Otros actores de la cooperación en salud**

Lic. Iraida Winter, Coordinadora Médicos del Mundo  
Dra. Orly Lam, Coordinadora Mercy Corps  
Dra. Conchita Reyes, Directora Ejecutiva, Pastoral de la Salud  
Dr. Luis Marroquin, Coordinador Proyecto Malaria  
Dra. Lilian Droegue, Directora Centro de Salud Chamelco  
Lily Ramírez Sloen, E.P., Centro de Salud Chamelco  
Sonia G. Sierra, Paramédico I, Centro de Salud Chamelco  
María Victoria Xol, Promotora/Auxiliar de Enfermería, Chamelco  
Angelina Toc, Promotora, Chamelco  
Concepción Xol, Promotora, Chamelco  
Juana Mez Pá, Promotora, Chamelco  
Hilda Floricelda PopCaal, Promotora, Lanquin  
Isabel Herminia Izub, Coordinadora de Promotoras, Chamelco

#### **Escuela República de Colombia, Municipio de Carchá**

Marta de Guey, Directora  
Profesora de primer grado  
Niñas FES

#### **Distrito de Salud de Lanquin Centro de Salud Lanquin**

Carolina Bin INSEM, Enfermera Profesional C/S Lanquin  
Walter Bailón, Secretario/Contador/Estadígrafo C/S Lanquin  
Renato Godoy, Inspector de Saneamiento Ambiental C/S Lanquin  
Oswaldo Xol Pop, Facilitador Institucional, CAFESANO  
Silvia Beatriz Pop Cucul, Enfermera Obstetra, CAFESANO

Santiago Pá Siquic, Enfermero Profesional Ambulatorio, CAFESANO  
Carlos Osiel Putul Asig, Facilitador Institucional, CAFESANO  
José Amilcar Jeni Toc, Técnico de Campo, Mercycorps  
Daniel Isaías Asig Saquil, Técnico de Campo, SOSEP

### **Distrito de salud San Cristóbal**

#### **Centro de Salud/Centro de Atención Integral Materno Infantil “CAIMI” San Cristóbal Verapaz**

Rudy Francisco Iboy Monroy, Médico Director Centro de Salud San Cristóbal  
César Guallem M, Auxiliar de Enfermería Puesto de Salud Santa Elena  
Oswaldo Rodríguez, Técnico de Salud Rural Centro de Salud San Cristóbal  
Amalia Lem Coj, Auxiliar de Enfermería, Centro de Salud San Cristóbal  
Ma. Elena López, Auxiliar de Enfermería, Centro de Salud San Cristóbal  
Flor de María Rivera, Enfermera Profesional Centro de Salud San Cristóbal  
Yesenia Yoj Catalán, Auxiliar de Enfermería, Centro de Salud San Cristóbal  
Freddy García Guillermo, Técnico de Salud Rural Centro de Salud San Cristóbal  
Sandra Tello Monico, Practicante, Perito Contador, Centro de Salud San Cristóbal  
Erika Morales, Enfermera Profesional, Centro de Salud San Cristóbal  
Julia Esperanza Ruiz, Ofi II, Centro de Salud San Cristóbal  
Alicia Cojoc de Ical, Secretaria, Centro de Salud San Cristóbal  
Nadya Morales J. Merida, EPS Psicología, Salud Mental Centro de Salud San Cristóbal

### **Otros actores en salud**

Sonia Magali Yat D, Directora Liceo San Cristóbal  
Bety Mo de Hernández, Maestra de grado, EORM Agua Bendita  
Dora Amanda Gué, Profesora de grado, EORM Agua Bendita  
Olga Floricelda Guzman, Profesora de grado, EOUP Varones San Cristóbal  
Maribel Caal de Cruz, Profesora de grado, EOUP Varones San Cristóbal  
Vanessa Maas de Mus, Profesora de grado, EOUP Varones San Cristóbal  
Felipe Chacoj Icol, Facilitador Comunitario, Pampache  
Gregorio Mo Tiz, Facilitador Comunitario, Chituj  
Linda Brierly, Coordinadora ASOSAP, Centro de Convergencia Fortalecido Pampeche  
Mateo icol Pop, Auxiliar de Enfermería, Centro de Convergencia Fortalecido Pampeche  
Domingo Ixim Paau, Facilitador Comunitario, Cumbre de Pamuc  
Olga Ical Jul, Facilitador Comunitario, Caserío Tucanja  
Ricardo Mo, Facilitador Institucional, Jurisdicción Chixoy  
Alberto Ical Cal, Facilitador Comunitario, Comunidad Queja  
Norma Maribel Barrios, Técnico de Campo, Pastoral de Salud  
César Elías Xon Xirum, Encargado de Programas, Fundación Contra el Hambre  
Rubén Herrera Toledo, Facilitador Comunitario, Jurisdicción Quixal  
Gladis Jocabed Catun, Asistente Administrativo, Fundameno  
Nery Catun Maquin, Enfermero Profesioal, Fuandameno  
Alonso Rodrigo Caal, Facilitador Institucional, Fundameno  
Ingrid Lorena Santiago, Facilitadora Institucional Quixal, Fundameno  
Felipe Jerónimo Durán, Facilitador Comunitario, Fundameno

Nidalia Aracely Coy Moran, Auxiliar de Enfermería, Fundameno  
Dalia Coj, Enfermera Profesional, Fundameno  
Gladis G. Reyes Mo, Auxiliar de Enfermería, Fundameno  
Haidi Marisol Mo Moran, Auxiliar de Enfermería, Fundameno  
Mario Heriberto Trib Guitz, Facilitador Institucional, Fundameno  
Brundina Moran Hernández, Directora EDECRL RBC

**Distrito de Salud Santa Cruz de Verapaz**  
**Centro de Salud Santa Cruz de Verapaz**

Emilio Ortega, Médico Director, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Liliana Moscoso de García, Técnico de Salud Rural, C/S Santa Cruz de Verapaz  
José Antonio Caal, Inspector de Saneamiento Ambiental, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Josefina Cal de ICAI, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Estela Caal Tun, Auxiliar de Enfermería, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Karin Teni, EPS Psicología, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Jesli Méndez, Auxiliar de Enfermería, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Mayra León, Enfermera Profesional, C/S Santa Cruz de Verapaz  
Felipe Ja, Presidente Comisión de Salud Aldea Najquito  
Roberto Jalal Calach, Tercer Vocal, Comisión Municipal de Salud  
Julian Jor, Vicepresidente, Comisión Municipal de Salud  
Flabiano Caal, Presidente de Comisión Municipal de Salud y representante de MINEDUC

**IXCAN**

**DAS IXCAN y Distrito de Salud Playa Grande**

Dr. José Luis Padilla, Director DASI  
Licda. Julia Choc, Gerente de Provisión de Servicios, DASI  
Licdo. Nery Ayala, Gerente de Recursos Humanos, DASI  
Carlos Rudy Castro López, Gerente Administrativo Financiero, DASI  
Dr. Benjamín Contreras, Médico Epidemiólogo, DASI  
Ing. Otto Edgar Cifuentes, Gerente de Salud y Ambiente DASI  
Blanca Rosa Carrillo Carrillo, Coordinadora Promoción y Salud Reproductiva, DASI  
Christian Ortiz Morales, E.C. Programa Nacional de Salud Reproductiva  
Ciriaco Ajtun Valle, Enfermero del Área, DASI  
Wendy Dávila, Coordinadora Promoción, DASI  
Rubidia Matías, Coordinadora Escuelas Saludables, DASI  
Dra. Miriam Ninet Reyes Pineda, Directora CAIMI Playa Grande  
Luis Matías, Contador de Asdi  
Orlando Herrarte, Gerente de Vigilancia de la Salud  
Hortencia López, Secretaria

**Sindicato de trabajadores de la salud**

Dominga Ojon Sánchez, Secretaria de Organización  
Maite Julia Pooh, Vocal  
Jorge Mario Tupil, Secretario de Conflictos  
Pedro Seto Rivera, Secretario de Finanzas

**Corporación Municipal IXCAN**

Marco Ramírez, Alcalde Municipal

Jerónimo Osorio, Concejal tercero

Rafael García, Concejal Cuarto

Candelaria Montejó Sindica segunda

Gorgonio García Concejal Séptimo

Alex Figueroa, Coordinador de FONAPAZ Ixcán

**Pastoral de Salud Comunitaria Maya Ixcán (PASCONI)**

Santos Suárez, Coordinador PASCONI

Domingo Esteban Francisco, Promotor de salud en primer nivel

Felipe Choc Chamani, Facilitador en Medicina Natural, Comunidad Sta. Ma. Dolores

Domingo Esteban Francisco, Promotor de salud en primer nivel

Felipe Choc Chamani, Facilitador en Medicina Natural, Comunidad Sta. Ma. Dolores

María Reyna Godínez, Promotora de Salud, Comunidad Flor del Norte

**Asociación de Comadronas Vida Nueva (ASOCVINU)**

Marta Lidia García Carias, Representante Legal ASOCVINU

Lazaro Ismalej Chen, Coordinador ASOCVINU

Zulma Medina, Enfermera Ambulatoria, Jurisdicción 1, ASOCVINU

Miriam Morales, Enfermera Ambulatoria, Jurisdicción 2, ASOCVINU

Consuelo Ismalej, Enfermera Ambulatoria, Jurisdicción 3a, ASOCVINU

Gregorio Rafael, Enfermero Ambulatoria, Jurisdicción 3b, ASOCVINU

Norma Lisbeth Paredes, Enfermera Ambulatoria, Jurisdicción 4a, ASOCVINU

Carlos Coc Cu, Enfermera Ambulatoria, Jurisdicción 4b, ASOCVINU

Mario Alvarado, Facilitador Institucional, Jurisdicción 4, ASOCVINU

Adán López, Facilitador Institucional, Jurisdicción 1, ASOCVINU

Carlos Hernández, Facilitador Institucional, ASOCVINU

**Escuela Mixta Rural Aldea San Pablo**

Francisco Xical, Director,

Niños estudiantes.

## 1.4 Población beneficiada por el proyecto según Departamento, Área de Salud y Municipio.

Distribución de la Población por Depto y Municipio Según Ine Censo 2002

| Departamento  | No Municipio                   | Poblacion Total | Sexo           |                | Area           |                | % Población del Depto |
|---------------|--------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|
|               |                                |                 | Hombres        | Mujeres        | Urbana         | Rural          |                       |
| Huehuetenango | 1 Huehuetenango                | 81,294          | 38,907         | 42,387         | 57,289         | 24,005         | 10                    |
|               | 2 Barillas                     | 75,987          | 38,188         | 37,799         | 11,379         | 64,608         | 9                     |
|               | 3 Chiantla                     | 74,978          | 36,899         | 38,079         | 7,737          | 67,241         | 9                     |
|               | 4 Cuilco                       | 46,407          | 22,351         | 24,056         | 1,611          | 44,796         | 5                     |
|               | 5 Aguacatan                    | 41,671          | 19,280         | 22,391         | 4,999          | 36,672         | 5                     |
|               | 6 La Democracia                | 36,284          | 17,801         | 18,483         | 12,718         | 23,566         | 4                     |
|               | 7 Soloma                       | 35,764          | 17,052         | 18,712         | 8,710          | 27,054         | 4                     |
|               | 8 Jacaltenango                 | 34,397          | 16,517         | 17,880         | 23,464         | 10,933         | 4                     |
|               | 9 Ixtahuacan                   | 30,466          | 14,863         | 15,603         | 3,375          | 27,091         | 4                     |
|               | 10 Santa Eulalia               | 30,102          | 14,820         | 15,282         | 3,573          | 26,529         | 4                     |
|               | 11 San Mateo Ixtatan           | 29,993          | 14,782         | 15,211         | 9,299          | 20,694         | 4                     |
|               | 12 Nenton                      | 28,983          | 14,295         | 14,688         | 2,303          | 26,680         | 3                     |
|               | 13 La Libertad                 | 28,563          | 14,253         | 14,310         | 4,971          | 23,592         | 3                     |
|               | 14 Todos Santos Cuchumatán     | 26,118          | 12,390         | 13,728         | 2,980          | 23,138         | 3                     |
|               | 15 San Pedro Necta             | 26,025          | 12,909         | 13,116         | 3,051          | 22,974         | 3                     |
|               | 16 Colotenango                 | 21,834          | 10,474         | 11,360         | 1,648          | 20,186         | 3                     |
|               | 17 San Miguel Acatán           | 21,805          | 10,225         | 11,580         | 2,640          | 19,165         | 3                     |
|               | 18 San Sebastián Huehuetenango | 21,198          | 10,313         | 10,885         | 1,181          | 20,017         | 3                     |
|               | 19 San Juan Ixcó               | 19,367          | 9,441          | 9,926          | 2,185          | 17,182         | 2                     |
|               | 20 San Sebastián Coatan        | 18,022          | 8,774          | 9,248          | 791            | 17,231         | 2                     |
|               | 21 Concepción Huista           | 16,961          | 8,314          | 8,647          | 7,821          | 9,140          | 2                     |
|               | 22 Malacatancito               | 15,540          | 7,562          | 7,978          | 1,840          | 13,700         | 2                     |
|               | 23 Santa Bárbara               | 15,318          | 7,494          | 7,824          | 896            | 14,422         | 2                     |
|               | 24 San Juan Atitán             | 13,365          | 6,413          | 6,952          | 1,700          | 11,665         | 2                     |
|               | 25 San Antonio Huista          | 12,675          | 6,316          | 6,359          | 5,215          | 7,460          | 1                     |
|               | 26 San Rafael La Independencia | 10,830          | 4,918          | 5,912          | 1,073          | 9,757          | 1                     |
|               | 27 Santa Ana Huista            | 7,368           | 3,598          | 3,770          | 1,910          | 5,458          | 1                     |
|               | 28 Tectitán                    | 7,189           | 3,474          | 3,715          | 626            | 6,563          | 1                     |
|               | 29 San Rafael Petzaj           | 6,420           | 3,121          | 3,299          | 1,508          | 4,912          | 1                     |
|               | 30 Santiago Chimaltenango      | 5,811           | 2,829          | 2,982          | 3,083          | 2,728          | 1                     |
|               | 31 San Gaspar Ixchil           | 5,809           | 2,747          | 3,062          | 523            | 5,286          | 1                     |
|               | <b>Total Huehuetenango</b>     | <b>846,544</b>  | <b>411,320</b> | <b>435,224</b> | <b>192,099</b> | <b>654,445</b> | <b>100</b>            |

# Distribución de la Población por Depto y Municipio Según Ine Censo 2002

| Departamento | No Municipio                   | Poblacion Total | Sexo           |                | Area           |                | % Población del Depto |
|--------------|--------------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|
|              |                                |                 | Hombres        | Mujeres        | Urbana         | Rural          |                       |
| Quiché       | 1 Chichicastenango             | 107,193         | 51,108         | 56,085         | 45,549         | 61,644         | 16                    |
|              | 2 Santa Cruz Del Quiche        | 62,369          | 29,881         | 32,488         | 20,870         | 41,499         | 10                    |
|              | 3 Ixcán (Das Ixcán)            | 61,448          | 31,318         | 30,130         | 6,005          | 55,443         | 9                     |
|              | 4 Santa María Nebaj (Das Ixil) | 53,617          | 26,059         | 27,558         | 18,484         | 35,133         | 8                     |
|              | 5 Joyabaj (Das Ixcán)          | 52,498          | 24,985         | 27,513         | 9,752          | 42,746         | 8                     |
|              | 6 Uspantán (Das Ixcán)         | 41,892          | 21,236         | 20,656         | 4,198          | 37,694         | 6                     |
|              | 7 Sacapulas                    | 35,706          | 17,278         | 18,428         | 8,148          | 27,558         | 5                     |
|              | 8 San Gaspar Chajul (Das Ixil) | 31,780          | 15,737         | 16,043         | 10,095         | 21,685         | 5                     |
|              | 9 Cunen                        | 25,595          | 12,068         | 13,527         | 6,198          | 19,397         | 4                     |
|              | 10 Chicaman                    | 25,280          | 12,443         | 12,837         | 1,893          | 23,387         | 4                     |
|              | 11 Zacualpa                    | 22,846          | 10,791         | 12,055         | 6,615          | 16,231         | 3                     |
|              | 12 San Pedro Jocopilas         | 21,782          | 10,461         | 11,321         | 948            | 20,834         | 3                     |
|              | 13 San Juan Cotzal (Das Ixil)  | 20,050          | 9,611          | 10,439         | 9,037          | 11,013         | 3                     |
|              | 14 Chiche                      | 19,762          | 9,158          | 10,604         | 2,167          | 17,595         | 3                     |
|              | 15 San Andrés Sajcabaja        | 19,035          | 9,356          | 9,679          | 1,875          | 17,160         | 3                     |
|              | 16 San Antonio Ilotenango      | 17,204          | 7,825          | 9,379          | 1,762          | 15,442         | 3                     |
|              | 17 Canilla                     | 9,073           | 4,352          | 4,721          | 1,498          | 7,575          | 1                     |
|              | 18 San Bartolomé Jocotenango   | 8,639           | 4,124          | 4,515          | 1,312          | 7,327          | 1                     |
|              | 19 Chinique                    | 8,009           | 3,744          | 4,265          | 2,290          | 5,719          | 1                     |
|              | 20 Pachalum                    | 7,037           | 3,371          | 3,666          | 2,042          | 4,995          | 1                     |
|              | 21 Patzite                     | 4,695           | 2,190          | 2,505          | 853            | 3,842          | 1                     |
|              | <b>Total Quiché</b>            | <b>655,510</b>  | <b>317,096</b> | <b>338,414</b> | <b>161,591</b> | <b>493,919</b> | <b>100</b>            |

# Distribución de la Población por Depto y Municipio Según Ine Censo 2002

| Departamento              | Municipio                     | Poblacion Total   | Sexo             |                  | Area             |                  | % Población del Depto |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------|
|                           |                               |                   | Hombres          | Mujeres          | Urbana           | Rural            |                       |
| Alta Verapaz              | 1 San Pedro Carcha            | 148,344           | 73,571           | 74,773           | 11,941           | 136,403          | 19                    |
|                           | 2 Coban                       | 144,461           | 71,678           | 72,783           | 47,202           | 97,259           | 19                    |
|                           | 3 Chisec                      | 69,325            | 35,335           | 33,990           | 12,775           | 56,550           | 9                     |
|                           | 4 Senahu                      | 54,471            | 27,455           | 27,016           | 4,399            | 50,072           | 7                     |
|                           | 5 Panzos                      | 44,770            | 22,593           | 22,177           | 16,005           | 28,765           | 6                     |
|                           | 6 Fray Bartolome De Las Casas | 44,538            | 22,357           | 22,181           | 5,947            | 38,591           | 6                     |
|                           | 7 San Cristobal Verapaz       | 43,336            | 21,352           | 21,984           | 16,445           | 26,891           | 6                     |
|                           | 8 Cahabon                     | 42,949            | 21,613           | 21,336           | 4,254            | 38,695           | 6                     |
|                           | 9 San Juan Chamelco           | 38,973            | 19,138           | 19,835           | 9,626            | 29,347           | 5                     |
|                           | 10 Tucuru                     | 28,421            | 14,348           | 14,073           | 3,314            | 25,107           | 4                     |
|                           | 11 Santa Catalina La Tinta    | 27,027            | 13,530           | 13,497           | 11,722           | 15,305           | 3                     |
|                           | 12 Tactic                     | 24,535            | 11,852           | 12,683           | 7,852            | 16,683           | 3                     |
|                           | 13 Santa Cruz Verapaz         | 19,012            | 9,386            | 9,626            | 5,004            | 14,008           | 2                     |
|                           | 14 Chahal                     | 16,853            | 8,459            | 8,394            | 3,894            | 12,959           | 2                     |
|                           | 15 Lanquin                    | 16,546            | 8,237            | 8,309            | 1,714            | 14,832           | 2                     |
|                           | 16 Tamahu                     | 12,685            | 6,315            | 6,370            | 918              | 11,767           | 2                     |
| <b>Total Alta Verapaz</b> |                               | <b>776,246</b>    | <b>387,219</b>   | <b>389,027</b>   | <b>163,012</b>   | <b>613,234</b>   | <b>100</b>            |
| <b>Total Distritos</b>    | <b>68</b>                     |                   |                  |                  |                  |                  |                       |
| <b>Total Pais</b>         |                               | <b>11,237,196</b> | <b>5,496,839</b> | <b>5,740,357</b> | <b>5,184,835</b> | <b>6,052,361</b> |                       |

## 1.5 Modelo de las Cuatro Demoras del MSPAS

Las muertes maternas son una prioridad de Salud Pública para el país y su origen es de orden multifactorial. El desafío es la participación y compromiso de muchos actores vinculados con la salud y la educación. Además de aspectos relacionados con la respuesta oportuna para cubrir las necesidades básicas insatisfechas (alimentación, vivienda y trabajo, por ejemplo) para salir de la marginalidad que nos afecta.

El Modelo se percibe como una estrategia de intervención en salud materna con un enfoque preventivo para de intervención temprana y oportuna de los problemas asociados con el embarazo, parto y puerperio bajo un enfoque sencillo de identificación de las posibles “demoras” que hacen que la atención en salud se ofrezca en forma tardía y cuando la irreversibilidad del daño es eminentemente fatal.

Se establecen 4 tipos de demoras básicas y se identifican para cada una de ellas las posibles causas y las principales intervenciones a realizar.

### 1. Primera Demora: Reconocimiento del problema (Signos y señales de peligro)

- Hemorragia,
- Dolor severo de estomago
- Fiebre,
- Dolor severo de cabeza,

#### Principales Intervenciones para la primera demora

- Promoción de maternidad saludable,
- Información y Educación Comunitaria, IEC,
- Orientar la organización comunitaria,
- Organización y capacitación de las Comisiones de Salud,
- Mejorar el reconocimiento señales de peligro por parte de todos los involucrados,
- Capacitar personal voluntario,
- Utilizar medios de comunicación masiva.

### 2. Segunda Demora: Toma de decisiones para la búsqueda de atención con la participación de:

- Esposo o pareja,
- La familia,
- La comadrona,
- Los miembros del comité,
- El equipo básico de salud,
- La sociedad organizada (Alcaldes, ONGs, OGs e Iglesias.

#### Principales Intervenciones para la segunda demora

- Apoyar la toma de decisión,
- Divulgar, promover y promocionar los planes de emergencia comunitaria,
- Sensibilizar actores claves,
- Apoyar y fortalecer el ejercicio de las mujeres sobre sus derechos,
- La mujer es sujeto de decisión no el objeto de la misma.

- 3. Tercera Demora: Acceso a una atención oportuna (que tarden demasiado en llegar a un centro) Principales Intervenciones para la tercera demora**
- Asegurar el transporte, en coordinación con recursos locales, para disminuir obstáculos como: comunicación, financieros, infraestructura,
  - Activación de las Comisiones de Salud,
  - Fortalecimiento del II nivel de atención.
- 4. Cuarta Demora: Recibir atención oportuna y de calidad**
- Estándares de calidad,
  - Normas en la prestación de servicios,
  - Protocolos de atención,
  - Satisfacción de la usuaria,
  - Indicadores trazadores

**Principales Intervenciones para la cuarta demora**

Garantizar las competencias del proveedor enfocado a:

- Atención prenatal,
- Parto limpio y seguro,
- Atención oportuna del post parto,
- Detección y referencia oportuna,
- Fortalecer la prestación de métodos planificación familiar,
- Mejorar la calidad de los servicios y su aceptación,
- Proveer servicios integrales.

## 1.6 Informe de Avance Consolidado 2006

### RESULTADO ESPERADO 1: Modelo integral de atención y gestión implementado en los departamentos de Huehuetenango, Alta Verapaz y El Quiché

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                                                              | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                    | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Financiamiento para el primer y segundo nivel de atención (incluidos los servicios básicos), garantizados para los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz de manera progresiva. | <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del año 2006, las cinco áreas del proyecto han alcanzado y mantienen una ejecución mínima del 80% del presupuesto asignado tanto por el MSPAS como por el proyecto.</li> </ul> | <p>La ejecución del presupuesto asignado por el MSPAS a las cinco Áreas de Salud sobrepasó el 80%, llegando a ejecutarse durante el año 2006, un porcentaje entre el 97% y 99%, superando lo registrado en la línea basal.</p> <p>En relación al presupuesto del proyecto asignado para el 2006, las áreas de salud y el nivel central, lograron una ejecución de:</p> <p>Alta Verapaz: 97%<br/> Huehuetenango: 88%<br/> El Quiché: 80%<br/> Ixli: 94%<br/> Ixcan: 94%<br/> Nivel central: 94.32%</p> <p>Se evidencia una mejor ejecución de los fondos asignados a las áreas de salud y nivel central, comparado con años anteriores, producto de la incorporación al equipo de las direcciones de área de salud del gerente de provisión de servicios y contador del proyecto.</p>                         |
|                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto, las cinco áreas de salud garantizan de acuerdo a las normas del SIAFI-SIAF el financiamiento para la provisión de servicios.</li> </ul>                       | <p>El Sistema Integrado Administrativo Financiero –SIAFI– es de observancia general en las 83 Unidades Ejecutoras del MSPAS, se desarrollaron tres etapas para su implementación, 1) Se analizaron las funciones y procesos administrativos financieros de las unidades ejecutoras del MSPAS y se elaboraron y aprobaron los manuales. 2) se socializaron al personal administrativo financiero de las unidades ejecutoras y 3) monitoreo y seguimiento de las normas, funciones y procedimientos contenidos en los manuales. Con lo anterior se mejoró la eficiencia y eficacia de las actividades y la productividad de los recursos humanos y financieros, con el claro enfoque de la desagregación de funciones y estandarización de procedimientos.</p> <p><b>Avances del Resultado Intermedio:</b></p> |

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | El presupuesto asignado del MSPAS, el apoyo de los fondos del proyecto y otras fuentes de financiamiento, la implementación de los manuales del SIAFI y el fortalecimiento de la Unidad Coordinadora de Proyectos y Programas de la Cooperación Externa, han facilitado la orientación y movilización de recursos a las áreas de salud, así como la descentralización de la administración de los recursos del proyecto a nivel de las áreas de salud, permitieron fortalecer la capacidad de gestión de los equipos técnicos de las áreas, logrando ejecutar el presupuesto del MSPAS y del proyecto por arriba del 90% y garantizar hasta el momento la entrega de servicios a la población en los tres niveles de atención.                                                                                                                                                                                                             |
| Sistema de supervisión, monitoreo y evaluación funcionando en los servicios de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para finales del año 2006, las cinco áreas de salud, aplican las normas del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación en el 100% de los servicios de salud.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             | <p>Dentro del modelo de gestión, se actualizan los instrumentos y normas del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación.</p> <p>Las cinco áreas de salud, cuentan con instrumentos que les permite realizar la supervisión en los servicios de salud. La periodicidad, la aplicación de la norma y el número de servicios supervisados, varían en las áreas de salud.</p> <p>Se evidencia que no existe supervisión de manera sistemática del nivel central a las áreas de salud.</p> <p><b>Avances del Resultado Intermedio:</b></p> <p>La unidad de asistencia técnica y supervisión de la Dirección General del SIAS, está elaborando en base a la orientación del nuevo modelo de gestión las normas e instrumentos para la supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de salud. Las áreas de salud actualmente aplican los instrumentos vigentes para realizar las acciones de supervisión, monitoreo y evaluación.</p> |
| Modelo Integral de Salud implementado fortalecido y articulado en los tres niveles en los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto en los 69 municipios se ha implementado la atención integral por ciclo de vida en la red de servicios de las cinco áreas de salud.</li> <li>A finales del año 2006 las cinco áreas de salud han realizado el estudio para fortalecer la capacidad resolutoria de 10 servicios de su red.</li> <li>Al finalizar el proyecto el 100% de los servicios</li> </ul> | <p>En las cinco áreas de salud el personal del primero y segundo nivel de atención, fue capacitado en los protocolos y normas de atención por ciclos de vida y se están aplicando en los servicios. Se realiza monitoreo del desempeño.</p> <p>Con base al estudio realizado utilizando la metodología de Hanlon, se identificaron para su recategorización los siguientes servicios: Alta Verapaz, 15 servicios; El Quiché, 9 servicios; Ixil, 2 servicios; Ixcán, 1 servicio y Huehuetenango, 26 servicios, para un total de 53 servicios.</p> <p>Se mejoró la capacidad resolutoria de los servicios de salud</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

| RESULTADO INTERMEDIO | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                           | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | de salud fortalecidos cuentan con la capacidad resolutiva según su nivel de complejidad.                                                                                                                                                                              | priorizados para el año 2006 (44), a través de contratación de recurso humano; dotación de mobiliario, equipo de oficina, equipo médico quirúrgico y de promoción; mejoramiento de la infraestructura física y capacitación al personal.<br><br>Como apoyo para mejorar la capacidad resolutiva de los servicios de salud, en las direcciones de área, se inició el proceso para implementar el modelo básico de gestión consistente en la presentación del modelo a los equipos técnicos de las cinco áreas de salud y llegar a acuerdos básicos, la integración de el equipo implementador e iniciar la fase diagnóstica. |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al final del año 2005, se ha incluido dentro del paquete básico de atención del primer nivel y en la red de servicios actividades de promoción y educación para la salud por ciclo de vida.</li> </ul>                         | En las cinco áreas de salud las actividades de promoción y educación para la salud por ciclos de vida, se han incorporado al paquete básico de atención que se entrega a nivel de la comunidad y puestos de salud del primer nivel, ampliándose en algunos servicios del segundo nivel; actividad que en el año 2003 no se había implementado según línea basal del proyecto.                                                                                                                                                                                                                                               |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del proyecto, en el 100 % de la red de servicios de las cinco áreas se ha implementado el sistema de referencia y respuesta de acuerdo a la norma vigente en el MSPAS.</li> </ul>                                    | El nivel central del MSPAS ha estandarizado una propuesta de sistema de referencia y respuesta, sin embargo las áreas de salud del proyecto continúan utilizando instrumentos elaborados a nivel local. En relación a lo informado en la línea basal, no hay avance significativo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para mayo del 2005 se ha incluido la vacuna pentavalente dentro del esquema de vacunación.</li> </ul>                                                                                                                          | Indicador cumplido en el año 2005. El proyecto en el 2006, ha permitido a las cinco áreas de salud garantizar la conservación del biológico (cadena de frío) y realizar actividades de vacunación, particularmente en zonas rurales de difícil acceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anualmente en las áreas y distritos objeto del proyecto se logran coberturas del 95%.</li> </ul>                                                                                                                               | Dos de las cinco Áreas de Salud (Ixacán y Alta Verapaz), alcanzaron coberturas por arriba del 95% en todos los biológicos del programa; el resto de áreas están entre los rangos de 83% al 93%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del proyecto, en los hospitales de los 3 departamentos, el 100 % de las transfusiones de sangre son seguras.</li> </ul>                                                                                              | En los hospitales departamentales de El Quiché, Alta Verapaz y Huehuetenango, se administra sangre segura, así como en los hospitales distritales y CAIMI, a través de la implementación de los depósitos de sangre. Alcanzándose la meta establecida en la línea basal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para finales del año 2005, en el 25 % de los municipios se ha incorporado en el 20% de los servicios de salud del primero y segundo nivel como mínimo dos terapias de medicina tradicional como opción de atención.</li> </ul> | El 100% del personal del primero y segundo nivel de atención de las cinco áreas de salud, ha sido capacitado para incorporar terapias de medicina tradicional en los servicios de salud. Para respaldar la medicina tradicional con estudios científicos, el programa de medicina tradicional del nivel central, con el concurso de otras instituciones y ONG elaboraron y validaron el "Vademécum Nacional                                                                                                                                                                                                                 |

| RESULTADO INTERMEDIO | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | de Plantas Medicinales” El MSPAS con apoyo del proyecto reprodujo y distribuyó a las áreas de salud este material, para que se tenga como instrumento de consulta en los servicios de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto, el 20 % de los distritos priorizados han iniciado el proceso de relaciones interculturales en salud con los terapeutas tradicionales.</li> </ul>                                                                                                                        | En los municipios de Chiantla y Todos Santos de Huehuetenango, Ixcán, Chajul, Chinique, San Pedro Jocopilas y San Andrés Sajcabajá de El Quiché, que representan el 10% de los municipios del proyecto, se ha iniciado el proceso de relaciones interculturales con los terapeutas tradicionales. Se han logrado avances en relación con lo reportado en la línea basal del proyecto.                                                                                                                                             |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del año 2005, se han revisado y actualizado las normas de atención por niveles de salud mental, alcoholismo / drogadicción y VIF.</li> </ul>                                                                                                                                            | Se revisaron y actualizaron las normas de salud mental (alcoholismo, drogadicción y VIF) con participación de los profesionales de las áreas de salud, las cuales fueron presentadas y discutidas con el personal de las cinco áreas de salud para su implementación inmediata.                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al final del proyecto el MSPAS en coordinación con otras instituciones, ha elaborado, validado y aprobado el modelo integral de atención a la VIF/VBG.</li> </ul>                                                                                                                                 | Se elaboró, validó y aprobó el modelo integral de atención a la VBG, mismo que se ha llevado a las cinco áreas de salud del proyecto. Se elaboró el modelo integral de atención a víctimas de violencia sexual. En proceso de elaboración el protocolo de atención a victimarios en el hogar y escuelas.                                                                                                                                                                                                                          |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A final del proyecto se ha iniciado la implementación del modelo de atención integral de VIF/VBG en por lo menos un municipio de cada área.</li> </ul>                                                                                                                                            | En las cinco áreas de salud se ha iniciado la implementación del modelo de atención integral de VBG. En Alta Verapaz 17 municipios; Huehuetenango 3 municipios; El Quiché 2 municipios; en el municipio de Ixcán y el Ixil, 3 municipios, en estos últimos se socializó y se está implementando el modelo integral de violencia sexual.                                                                                                                                                                                           |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del año 2006, el 20% de los trabajadores que prestan atención directa al paciente en el primero (médico ambulatorio), segundo (médico o psicólogo) y tercer nivel de atención (médico o psicólogo) identifica y/o refiere pacientes de salud mental según norma establecida.</li> </ul> | El personal del primer y segundo nivel de atención de las cinco áreas de salud, tiene capacidad para identificar pacientes con problemas de salud mental y referirlos a un nivel superior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto, en el 50 % de los municipios priorizados se realizan actividades de promoción de salud mental y prevención de la VIF en el 15 % de las escuelas públicas.</li> </ul>                                                                                                    | Las áreas de salud han desarrollado actividades de promoción de la salud mental en los municipios priorizados de la siguiente forma: Huehuetenango 7 escuelas en un número igual de municipios lo que representan el 78%; Ixcán 15% de escuelas públicas y 55 % de los institutos de educación básica; Alta Verapaz 16 escuelas igual número de municipios que representa el 100%; El Quiché en 10 escuelas de igual número de municipios lo que representa 59%; Ixil 33% de las escuelas del área urbana en los tres municipios. |

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                                         | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modelo Integral de Salud, socializado con la población y el sector salud.                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del año 2005 se han elaborado y validado los protocolos de atención prioritarios al adolescente (salud reproductiva, VIH, salud mental, inmunizaciones).</li> </ul>                                                                                                 | Se encuentran en proceso de elaboración los protocolos de atención para el adolescente. Las áreas de salud han hecho esfuerzos para abordar la atención al adolescente, coordinando con otras instituciones locales que trabajan con este grupo poblacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del año 2005, en el 20 % de los municipios se han identificado los problemas prioritarios de los y las adolescentes.</li> </ul>                                                                                                                                     | En las áreas de salud de Alta Verapaz, Ixcán e Ixil en el 100% de los municipios, en El Quiché 89% y Huehuetenango en el 31%, se han identificado los problemas prioritarios de los y las adolescentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto se ha socializado y consensado el modelo integral de salud en los consejos departamentales y municipales de desarrollo en el 100% de los municipios del proyecto.</li> </ul>                                                                         | <p><b>Avances del Resultado Intermedio:</b><br/>El modelo de gestión está implementándose en las direcciones de área. El modelo de atención está implementado y fortaleciéndose en los servicios recategorizados de las áreas de salud. Los mismos son complementarios pero aún no están integrados.</p> <p>En Alta Verapaz, se socializó el modelo de atención y gestión en el Consejo de Desarrollo Departamental (CODEDE) y en el 50 % de los Consejos Municipales de Desarrollo (COMUDE). En Huehuetenango, se socializó en el 100% de COMUDE. En el departamento de El Quiché, los municipios de Chajul, Nebaj y Cotzal que integran el área de salud Ixil y el municipio de Ixcán, se socializó en el 100% de los COMUDE.</p> |
|                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del 2006, en el 100 % de los departamentos del Proyecto los Consejos Departamentales de Desarrollo conocen los recursos financieros que los diversos actores del sector salud tienen asignados al área. (o al menos los fondos del proyecto y del MSPAS)</li> </ul> | <p>En Alta Verapaz, el CODEDE y el CODEDE y en Huehuetenango el CODEDE conocen los recursos financieros del MSPAS y del proyecto ASDI III.</p> <p>En los tres departamentos del proyecto, esta actividad se ha ampliado a los COMUDE de la siguiente forma: Alta Verapaz en el 50%; Huehuetenango en el 62.5 %; en El Quiché 19%.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del 2005 se han implementado los consejos técnicos de las cinco áreas con participación de los distritos y hospitales de acuerdo a la norma, procedimientos y funciones establecidas.</li> </ul>                                                                    | <p><b>Avances del Resultado Intermedio:</b><br/>El modelo de atención ha sido presentado y discutido en los Consejos de Desarrollo Departamental y algunos Consejos Municipales de Desarrollo.</p> <p>En las cinco áreas de salud, en las direcciones de área se realiza el consejo técnico con participación de coordinadores municipales de salud, directores de hospitales y equipo técnico de la dirección del área. La periodicidad varía de mensual a trimestral. Ocasionalmente y de acuerdo a las necesidades, participan otros actores del sector salud.</p>                                                                                                                                                               |
| Capacidad de gestión en salud fortalecida en los equipos institucionales, gobiernos municipales y actores locales en 69 municipios de los departamentos objeto del proyecto. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto, se han implementado en el 100% de los distritos de las cinco áreas los</li> </ul>                                                                                                                                                                   | En el 100% de los distritos de salud de las cinco áreas, se realizan mensualmente los consejos técnicos y en los mismos hay                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| RESULTADO INTERMEDIO | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | consejos técnicos de distrito de salud con participación de PSS y ASS de acuerdo a la norma, procedimientos y funciones establecidas.                                                                                                                                                                                                                                                | participación de los representantes de las PSS y ASS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del proyecto, se realiza análisis de salud incluyendo las variables de género, migración y etnia en las cinco áreas de salud en los 69 municipios de forma participativa (incluye municipalidades y grupos organizados) como base para la planificación de acciones para la atención de grupos con mayores postergación.</li> </ul> | El Centro Nacional de Epidemiología, cuenta con una metodología e instrumentos para desarrollar el ASIS, mismo que no ha sido llevado a las áreas de salud. Tres de las cinco áreas de salud (El Quiché, Ixil e Ixcán) realizan análisis de situación de salud en el área y municipios. Las áreas de salud de Alta Verapaz y Huehuetenango tienen sala situacional en el área y en el 100% de los municipios. |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto, en al menos 50% de los municipios, se han establecido planes municipales de salud con participación social.</li> </ul>                                                                                                                                                                                              | Las cinco áreas de salud tienen establecidos planes municipales de salud en los siguientes municipios: Alta Verapaz en 9 de 16 municipios (55%); Ixcán 1 de 1 municipio (100%); Ixil, 3 de 3 municipios (100%); El Quiché 1 de 17 municipios (6%) y Huehuetenango 27 de 32 municipios (84%)                                                                                                                   |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto el 100% de los planes municipales de salud elaborados han incorporado las recomendaciones de los procesos de auditoría social.</li> </ul>                                                                                                                                                                            | <b>Avance del resultado intermedio:</b><br>Se ha mejorado la capacidad de gestión de los equipos institucionales (áreas y distritos) a través de la conducción y participación en los consejos técnicos, así como en la planeación, elaboración y ejecución de los planes municipales de salud.                                                                                                               |

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | INDICADORES | ANÁLISIS DEL AVANCE/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------|
| <b>AVANCE DEL RESULTADO ESPERADO 1: Modelo integral de atención y gestión implementado en el departamento de Huehuetenango, Alta Verapaz y El Quiché.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                |
| El MSPAS cuenta con modelo de atención y modelo básico de gestión. El modelo de atención se encuentra implementado en los servicios de salud recategorizados del primer y segundo nivel de atención. Como producto se tiene ampliación de cartera de servicios, calidad de atención, protocolos y normas de atención actualizadas, aumento en algunos servicios de la producción, ampliación de horarios de atención y referencia de pacientes. Con relación al modelo de gestión, existe metodología para su implementación, así como, la formación en las direcciones de área del equipo responsable para llevar su implementación. |             |                                                |

**RESULTADO ESPERADO 2: El papel rector del MSPAS se ha fortalecido en las funciones de conducción, regulación y vigilancia.**

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                             | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                 | INFORME/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| El Ministerio de Salud Pública ha fortalecido su rol rector en el nivel central, y en los 3 departamentos del proyecto, Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz. | <ul style="list-style-type: none"> <li>En el primer semestre del año 2006, se han definido las funciones del MSPAS, las municipalidades y el IGSS para la aplicación del modelo integral de salud.</li> </ul>                               | El MSPAS elaboró el documento para negociación "Agenda nacional de salud 2020 visión y estrategia para al transformación del sistema de salud en Guatemala", misma que se presentó al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), encontrándose en la etapa de análisis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>En el segundo semestre del 2006 se han definido los mecanismos para el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.</li> </ul>                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del año 2006, las cinco áreas de salud han elaborado su plan de desarrollo de Recursos Humanos con acompañamiento del nivel central.</li> </ul>                                            | <p>Dos áreas de salud, Huehuetenango y el Ixcán tienen propuesta de plan de desarrollo del recurso humano, pendiente del aval del nivel central para su ejecución. Alta Verapaz se encuentra en el proceso de elaboración de la propuesta del plan. El Quiché y el Ixil tienen inventario de recurso humano.</p> <p>El MSPAS con el apoyo del proyecto, continuó contribuyendo a la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la incorporación de médicos guatemaltecos, formados en Cuba</p> <p>Se está trabajando el proceso de recategorización de los puestos.</p> |
|                                                                                                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para el año 2006, el nivel central del MSPAS ha redefinido y negociado con servicio civil, el perfil de los cargos directivos de nivel central, de área, hospital y distrito.</li> </ul>             | <p><b>Avance del Resultado Intermedio:</b><br/>La Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos –UCPP– continuó fortaleciéndose y apoyando la capacidad rectora del MSPAS.</p> <p>Desconcentración de algunas funciones del nivel central al local y descentralización de la planeación y ejecución del POA 2006 del proyecto, ha permitido que las áreas mejoren su rol rector.</p>                                                                                                                                                                                                                         |
| El MSPAS ha implementado un sistema de conducción de la asistencia técnica y de la cooperación internacional.                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para inicio del año 2006, la unidad de planificación estratégica del MSPAS ha desarrollado normas y procedimientos para el manejo y negociación de la cooperación internacional en salud.</li> </ul> | El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, desarrolla la conducción y coordinación de la cooperación internacional, que está permitiendo ordenar y orientar los recursos financieros de la misma, hacia el apoyo de una agenda nacional de salud, integrando los procedimientos relacionados con la planificación, presupuestación, ejecución y mecanismos de control.                                                                                                                                                                                                                             |

| RESULTADO INTERMEDIO | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                  | INFORME/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                                                                                                                                                                              | El Gobierno de Suecia y el ministerio del ramo han firmado un convenio de cooperación, que apoyará dirigir los esfuerzos de la cooperación internacional hacia el proceso de un enfoque sectorial.                                                                                                                     |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del año 2006, en las cinco áreas de salud y el 25% de los 69 municipios, han incorporado al plan municipal de salud las acciones de la cooperación internacional</li> </ul> | En el área de salud de Alta Verapaz el 82% de los distritos de salud han incorporado acciones de la cooperación internacional en los planes municipales de salud. Ixcán está en proceso de incorporarlas. Huehuetenango, El Quiché y el Ixil no las han incorporado.                                                   |
|                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del proyecto el proceso de elaboración y presentación de los informes técnicos, es responsabilidad del MSPAS ante el donante.</li> </ul>                                    | Los equipos técnicos de las direcciones de área de salud, basados en lineamientos e instrumentos elaborados por el nivel central, presentaron informes de avance técnico y financiero de la ejecución del POA 2006, lo que permitió la elaboración del informe anual consolidado, con el acompañamiento de la OPS/OMS. |
|                      |                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>Avance del Resultado Intermedio:</b><br/>La Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos –UCPP- ha continuado coordinando y orientando la cooperación internacional.</p> <p>A nivel local, el área de salud de Alta Verapaz, coordina con agencias de cooperación y ONGs acciones de salud.</p>                  |

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | INDICADORES | INFORME/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|
| <p><b>AVANCE DEL RESULTADO ESPERADO 2: El papel rector del MSPAS se ha fortalecido en las funciones de conducción, regulación y vigilancia.</b></p> <p>El desarrollo del modelo básico de gestión en las direcciones de área de salud, está desarrollando la capacidad de los gerentes de las diferentes áreas técnicas (gerencia para la provisión de servicios, gerencia de control y vigilancia de la salud, gerencia de recursos humanos y gerencia administrativa financiera) para conducir los programas de salud, proyectos de cooperación externa, y otras acciones a nivel local, lo cual se ha visto fortalecido con la desconcentración de algunas funciones del nivel central al local y la descentralización de la planeación y ejecución del POA 2006 del proyecto.</p> <p>Así mismo las áreas de salud han desarrollado acciones que fortalecen el sistema de vigilancia de la salud, constituyéndose en el tema central de las reuniones de los consejos técnicos y salas situacionales.</p> <p>En el nivel central del MSPAS, la Unidad Coordinadora de Programas y Proyectos –UCP y P- coordina y orienta la cooperación técnica y administrativa de las agencias de cooperación, fortaleciendo así el papel rector del MSPAS.</p> |             |                                    |

**RESULTADO ESPERADO 3: Sistema de participación incluyente en el marco del modelo e atención y gestión en los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz al finalizar el proyecto.**

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                       | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                         | INFORME/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organización social y comunitaria en salud fortalecida en 69 municipios de los 3 departamentos beneficiarios del proyecto. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para finales del 2006, en el 30 % de las comisiones municipales de salud de los 69 municipios, participan representantes de dos o más organizaciones comunitarias en la planificación y evaluación de los planes municipales integrales de salud.</li> </ul> | Hay representación de organizaciones comunitarias en las comisiones municipales de salud de los tres departamentos, participan en la planificación y evaluación de los planes municipales de salud. Superando lo solicitado por el indicador.                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para finales del proyecto en los 69 municipios, al menos una comunidad cuenta con plan de acción local de emergencia comunitaria materno-infantil y de brotes.</li> </ul>                                                                                    | Los planes de emergencia comunitaria materno infantil y brotes se han elaborado en: El Quiché, 3 municipios 18%; Huehuetenango 12 municipios 38%; Ixil un municipio 33%; ixcán un municipio 100%. Alta Verapaz en proceso.                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Al finalizar el proyecto se ha implementado la estrategia de escuelas saludables en al menos una escuela de cada municipio.</li> </ul>                                                                                                                       | En las cinco áreas de salud la estrategia de escuelas saludables se está implementando de conformidad con los lineamientos de selección, nominación y acreditación normados por el nivel central a través del Programa de Educación en Salud (PROEDUSA). En Huehuetenango 17 escuelas; El Quiché 11 escuelas; Alta Verapaz 26 escuelas; Ixil 12 escuelas e Ixcán 10 escuelas.                                                                                      |
|                                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del 2006 el 60% de los municipios priorizados cuentan por lo menos con un grupo organizado y capacitado de adolescentes y jóvenes como agentes de cambio para la promoción, prevención de la salud del adolescente y de su comunidad.</li> </ul>   | Los distritos municipales de salud de las cinco áreas en coordinación con ONG, han identificado, organizado y capacitado grupos de adolescentes y jóvenes bajo la estrategia de espacios amigables del MSPAS. En Alta Verapaz en 16 municipios (100%); Ixil 3 municipios (100%); El Quiché 7 municipios (78%), Ixcán 1 municipio (100%) y en Huehuetenango 17 municipios (53%). Superando lo informado en la línea basal del proyecto en las cinco áreas de salud. |
| Comisiones, municipales                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>A finales del 2006 las cinco áreas de salud han</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   | <p><b>Avance del Resultado Intermedio:</b><br/>En las cinco áreas de salud participan organizaciones sociales y comunitarias a través de la elaboración y ejecución de planes municipales de salud, planes de emergencia comunitaria materno infantil, implementación de la estrategia de escuelas saludables (alumnos, maestros y padres de familia) y grupos organizados de adolescentes.</p> <p>En dos departamentos Alta Verapaz y Huehuetenango con el</p>    |

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                           | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                     | INFORME/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| de salud funcionando en el marco de los Consejos de Desarrollo en los 69 municipios beneficiarios del proyecto | elaborado en conjunto con los Consejos Departamentales de Desarrollo el plan estratégico quinquenal de salud del departamento.                                                                                                                                                  | acompañamiento de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República (SEGEPLAN) se elaboró el plan quinquenal 2006-2015 y 2005-2015 respectivamente, en donde está incorporado el componente de salud. En el Departamento de El Quiché no hay plan quinquenal.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>A fines del proyecto, el 100% de las comisiones municipales de salud de los 69 municipios tienen participación activa de representantes de los servicios de salud.</li> </ul>                                                            | En 66 de los 69 municipios 96% de los tres departamentos, el personal de salud participa en las comisiones municipales de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del año 2006, las cinco áreas de salud y los distritos (de los 69 municipios) han discutido el ASIS en sus respectivos consejos de desarrollo anualmente, negociando como mínimo un proyecto de desarrollo por área.</li> </ul> | En el Ixcán se discutió el ASIS con los miembros del COMUDE, lográndose negociar dos proyectos, formación de auxiliares comunitarios y red de radio comunicación para los servicios de salud. En Huehuetenango se negociaron con algunos COMUDE proyectos de contratación de recurso humano para 4 servicios de salud, remozamiento para 16 servicios y con el CODEDE proyectos de reducción de la mortalidad materna e infantil en 17 municipios de alto riesgo y desinfección del agua en las 32 cabeceras municipales. En Alta Verapaz en el CODEDE se negoció el proyecto de desarrollo de salud para fortalecer el municipio de Santa Cruz Verapaz. |
| Procesos de auditoría social desarrollados en los 69 municipios del proyecto.                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p><b>Avance del Resultado Intermedio:</b></p> <p>Existen 66 comisiones municipales de salud en igual número de municipios, donde participa personal de los servicios de salud del MSPAS.</p> <p>A nivel de CODEDE el componente de salud está incorporado en los planes quinquenales.</p> <p>En cuatro de las cinco áreas de salud a nivel de CODEDE y COMUDE se han negociado proyectos del sector salud.</p>                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | La Unidad de Prestación de Servicios (UPS 1) del nivel central, elaboró las guías y modelo de auditoría social el cual se implementa en las jurisdicciones de las cinco áreas de salud, a través de extensión de cobertura, en el primer nivel de atención, con participación de la sociedad civil y líderes comunitarios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| RESULTADO INTERMEDIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INDICADORES | INFORME/CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|
| <p><b>AVANCE DEL RESULTADO ESPERADO 3: Sistema de participación incluyente en el marco del modelo e atención y gestión en los departamentos de Huehuetenango, El Quiché y Alta Verapaz al finalizar el proyecto.</b></p> <p>Los Consejos de Desarrollo, Departamental, Municipal y Local, conocen el modelo de atención y lo apoyan a través de aprobación de proyectos de salud, contratación de recurso humano, remozamientos de infraestructura física en servicios de salud, explícitos en los planes de desarrollo departamentales y planes municipales de salud. Además la población ha participado en la elaboración y ejecución de los planes de emergencia comunitaria materno infantil, en la implementación de la estrategia escuela saludable y en los grupos organizados de adolescentes.</p> <p>El MSPAS en el primer nivel de atención, inicia el proceso de auditoría social, orientado a fortalecer la participación comunitaria en la estrategia de extensión de cobertura.</p> |             |                                    |

## Apéndice 2 Informe DASQ, del Área de Salud del Quiché

Participantes

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS,  
Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS,  
Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi

### 1. Introducción

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e Implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, de Guatemala con financiación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi – y asistencia técnica de la Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS –, ha propuesto al Departamento de El Quiché como uno de los beneficiarios en su ejecución.

El Departamento se encuentra ubicado en la región norte del país con una extensión de 5,058 km<sup>2</sup> y una población de 548,659 habitantes distribuidos en 17 municipios. La población rural se estima en el 85%, una población agrícola migrante del 20% y un grupo étnico predominante indígena Maya en el 85%. Se estima un nivel de analfabetismo del 47%.

La Red Hospitalaria del Área de Salud se basa en 1 Hospital Nacional (Santa Elena), 2 Hospitales Distritales (Joyabaj y Uspantán), 12 Centros de Salud Tipo B, 1 Centro de Atención Permanente y 3 Puestos de Salud Distritales para un total de 19 servicios de salud. En extensión de cobertura se identifican 39 Centro de Convergencia y 33 Jurisdicciones en 16 Distritos.

Las 10 primeras causas de morbilidad general identificadas para el Área de Salud de El Quiché a junio de 2007 fueron: rinofaringitis agudas, parasitosis, enfermedad péptica, anemia, nutrición normal, amigdalitis aguda, infección de vías urinarias, control niño sano, atención prenatal y amebiasis.

En el proceso de ejecución del proyecto, en la reunión tripartita de MSPAS-Asdi – OPS/OMS de marzo 30 de 2007, sus participantes han acordado realizar una evaluación de monitoreo externo durante el mes de julio de 2007 con el fin de conocer el grado de avance en la ejecución del proyecto, identificar oportunidades de desarrollo y proponer estrategias de cooperación internacional futuras. Indevelop, Suecia fue contratado para realizar esta evaluación quien designó a un equipo de consultores externos para la ejecución de la misma.

Para su realización, el equipo de evaluación elaboró una propuesta de cronograma que fue presentada al Sr. Ministro de Salud y su equipo técnico del MSPAS para su anuencia. Luego de aprobado, el equipo de evaluación realizó una visita y reunión de trabajo con el Director de Área y el equipo técnico de la Dirección de Área de Salud de El Quiché, DASQ. Además se visitaron los Centros de Salud de Santa Cruz del Quiché y los Municipios de San Andrés, Canillá y San Bartolomé Jocotenango.

En la visita a la DASQ, se realizaron visitas y entrevistas al Hospital Nacional, SEGEPLAN, Unidad Técnica de Extensión de Cobertura y Prestadora de Servicios de Salud, PSS, ONG Médicos Descalzos, Programa Municipios para el Desarrollo Local, PROMUDEL y entrevistas con algunas personas de los COCODES.

Finalmente, se realizó una reunión de cierre en la cual participaron el Director y su equipo técnico, se realizó una reflexión conjunta sobre hallazgos preliminares, se recibieron algunas conclusiones sobre el proceso de evaluación y se ofrecieron recomendaciones para el mejoramiento de las intervenciones del proyecto y el logro de los resultados propuestos.

## 2. Hallazgos de la Evaluación en la DASQ

### 2.1. Modelo Integral de Salud

#### 2.1.1. Línea Basal

- El estudio de línea base se utiliza como referencia para analizar la tendencia y cambios en los indicadores del proyecto y particularmente los indicadores de cobertura, morbilidad y mortalidad,
- El estudio abordó aspectos socio-económicos y culturales que podrían haber sido útiles para orientar estrategias de ejecución del proyecto. Desafortunadamente no se aprovechó para este fin.

#### 2.1.2. Recategorización de los servicios de salud

- En el área de salud de Quiché al igual que en el resto de áreas de salud se realizó el ejercicio de recategorización de los servicios utilizando la metodología Hanlon. En la práctica, los resultados de este ejercicio no se utilizaron para definir una estrategia y un plan a corto, mediano y largo plazo para implementar la recategorización de los servicios en forma ordenada, sistemática y tomando en cuenta los recursos disponibles y la optimización del uso de los mismos,
- El proyecto apoyó la implementación del proceso de recategorización, facilitando fondos para contratación de personal, mejoramiento de infraestructura (remozamiento) y complemento de equipo. No hubo una definición clara de prioridades para asignar recursos. Por ejemplo, se asignó montos financieros similares a todos los distritos para actividades de remozamiento sin tomar en cuenta las condiciones de los servicios,
- La adquisición de equipo médico no aseguró que en todos los casos se cuente con el equipo médico necesario para prestar la cartera de servicios que corresponde al nivel de resolución del servicio recategorizado,
- En aquellos servicios en donde el proyecto complementó los recursos humanos (personal médico y de enfermería) se observa un incremento en la capacidad de atención del centro de salud (por ejemplo el CAP de San Bartolomé de Jocotenango y en el PSF de Canillá), sin embargo no hay una utilización óptima de estos recursos ya que el proceso de recategorización no fue acompañado de los ajustes correspondientes al abastecimiento de insumos y suministros médicos necesarios para la cartera de servicios. En algunos casos no se ha logrado la elevación del nivel de resolución de prestación de servicios esperado, por ejemplo en el Centro de Salud de Santa Cruz. En otros casos, la demanda local de servicios de salud obliga a que el centro la atienda, independiente de su categorización, por tanto se prestan servicios para los cuales no se cuenta con todos los requerimientos, afectando de forma negativa la calidad del servicio. Los recursos humanos adicionales, en algunos servicios, han permitido la ampliación de los horarios de atención (Distrito de Canillá y distrito de San Bartolomé de Jocotenango, por ejemplo).

#### 2.1.3. Sistema de Referencia y Respuesta

- A nivel de la DAS se tiene claramente definido el proceso y se dispone del instrumento (boleta) adecuado para la realización de la referencia de los pacientes entre niveles del SIAS y la obtención de una respuesta por parte del nivel prestador de la atención en salud,
- El sistema no es operativo y presenta limitaciones en su funcionamiento.
- Las principales barreras identificadas para el funcionamiento del sistema son:
  - De carácter lingüístico, en donde el paciente y su familia tienen el temor de no ser comprendidos en el lugar en donde será prestada la atención médica al paciente referido,
  - De carácter económico, por la incapacidad económica del usuario y su familia para subsidiar los costos de transporte y manutención del paciente y sus acompañantes,

- Inadecuada relación medico-paciente por el temor a ser mal atendido por el servicio médico en donde fue remitido,
- Ausencia o limitación en la participación del grupo familiar en la toma de decisiones para la aceptación o no del tipo de atención en salud ofrecida. El acompañamiento de la familia al paciente adulto es un aspecto fundamental ya que las decisiones se toman en grupo familiar y esto es fundamental al momento de sentirse seguro en el sistema de atención en salud. Este componente es bien identificado y respetado claramente por el sistema de atención en pediatría, en donde la madre es un actor activo permanente ante el menor hospitalizado,
- En menor grado se identifican las limitaciones de accesibilidad geográfica y disponibilidad de sistemas de transporte idóneos para acceder a los servicios de salud,
- La participación de las alcaldías y consejos municipales son fundamentales al momento de facilitar la disponibilidad de recursos oficiales para apoyar el sistema de referencia en salud, aspecto que no siempre es posible por condiciones políticas que bloquean el acceso de la comunidad a estos servicios.

#### 2.1.4. *Atención a la Materna*

- Se identifica como una prioridad de atención en salud tanto en las DAS como en los distritos visitados por el equipo de evaluación tanto para los servicios de salud del MSPAS como para la Extensión de Cobertura,
- Se trabaja intensamente sobre el modelo de las cuatro demoras y se ha capacitado al personal sobre las señales de peligro involucrando en este proceso al grupo de comadronas que participan, obteniendo resultados satisfactorios e impactos muy positivos en los indicadores de mortalidad materna para la región,
- Se dispone del comité de análisis de la muertes maternas en la DASQ y se retroalimenta el Plan Departamental para la reducción de la muerte materna, el cual dio origen a la Comisión Departamental de Salud,
- En algunos distritos se han fomentado y creado los comités de emergencias para la atención oportuno y traslado al centro de salud de las embarazadas que presentan complicaciones en su trabajo de parto identificadas por las comadronas en sus comunidades,
- La atención de partos a nivel institucional en la red del MSPAS sigue siendo muy baja.

#### 2.1.5. *Atención Infantil*

- Se identifica una fuerte prioridad a la atención de las enfermedades respiratorias agudas, IRA y las enfermedades diarreicas agudas, EDA,
- A nivel nacional, durante el primer cuatrimestre del año 2007, el Plan Nacional de Inmunizaciones, PNI, solicitó dar prioridad a la campaña de vacunación para la erradicación del Sarampión y la Rubéola Congénita, SR, logrando altos niveles de cobertura. En esta campaña, el proyecto apoyó con la consecución de biológico. El MSPAS identificó resistencia cultural en algunas regiones de la DASQ,
- En algunos distritos se identifica el control nutricional como una prioridad en la atención de la población infantil.

#### 2.1.6. *Programas de control de la Violencia Sexual, VIF/Violencia Basada en Género, VBG y Salud Mental*

- El desarrollo de actividades de salud mental, VIF/VBG es todavía incipiente. A nivel de la DASQ se cuenta con dos personas para el desarrollo de estas actividades (una contratada recientemente). La psicóloga del área brinda además servicios de atención psicológica en el Centro de Salud de

Santa Cruz (demanda espontánea o pacientes referidos por 8 distritos). Se ha avanzado en dar a conocer las normas de salud mental tanto a personal institucional como de extensión de cobertura. Se desconoce el grado de utilización de las mismas en la prestación de servicios,

- Se están realizando esfuerzos preliminares en torno a un abordaje a través de redes al problema de VIF/VBG, limitados a nivel departamental y a participación en dos comisiones: la Comisión de Prevención de la VIF (del Comité Ejecutivo de Justicia) y en la Comisión de la Mujer del CODEDE<sup>1</sup>,
- No se identifican avances en la implementación del modelo de atención a nivel municipal. Aunque existe el problema de la VIF/VBG, no se habla de este tema abiertamente y en oportunidades se niega su existencia (comadronas entrevistadas en San Bartolomé Jocotenango reportaron no conocer de este tipo de problemas en sus comunidades). El abordaje de esta problemática requiere de organización a nivel de grupos base (mujeres principalmente) y estrategias multisectoriales coordinadas. El nivel central del MSPAS ha dado a conocer los protocolos de atención VIF/VBG.

#### 2.1.7. *Medicina Tradicional y Popular*

- La medicina tradicional y popular tiene una fuerte presencia comunitaria y se identifica como una opción relevante al momento de solucionar la problemática de salud principalmente en las comunidades mas postergadas, rurales y de limitado acceso a los servicios de salud ofrecidos por el MSPAS en la DASQ, sin embargo se observa que no es reconocida como una opción válida para la atención en salud por algunos actores del MSPAS,
- El sistema de prestación de servicios ofrecido por el MSPAS a través de su red de servicios, incluyendo la extensión de cobertura, no tiene interacción con los actores de la medicina tradicional y popular, generando falta de interacción y complementariedad en la cobertura de salud en el país. No se visualizan ni proponen puntos de encuentro desde la política de salud,
- El desarrollo de la medicina tradicional y popular en el Área de Salud es insipiente aunque se identifica la inclusión de dos terapias alternativas en 3 distritos de salud durante el 2007,
- Los Distritos de Salud de Chinique y San Andrés trabajan conjuntamente con la ONG Médicos Descalzos en la atención de las embarazadas,
- La atención institucional del parto en algunos servicios de salud de la red del MSPAS no involucran a los actores de la medicina tradicional y popular en el proceso, situación que genera rechazo, desconfianza y falta de integración de los sistemas tradicionales y oficiales para la prestación de servicios de salud en el país.

#### 2.1.8. *Acceso a Medicamentos*

- Una de las necesidades más sentidas de la población es el acceso limitado a medicamentos, particularmente en las zonas más alejadas. Esto fue manifestado tanto por personal de los servicios, como por personal que labora en la extensión de cobertura como los representantes comunitarios entrevistados. No ha existido ninguna coordinación entre el área de salud y PROAM para la determinación de posibles lugares en donde se podrían establecer farmacias municipales, ventas sociales de medicamentos o botiquines rurales con financiamiento del proyecto. Las prestadoras de servicios en el área manifiestan que PROAM no les abastece de los productos requeridos en tiempo (retrasos en la entrega de los pedidos) y forma (número y cantidad de productos solicitados),
- Los servicios visitados reportan niveles de desabastecimiento de medicamentos y retrasos en la entrega de los productos. Por ejemplo en el PSF de Canillá no ha sido abastecido de acetaminofen en los

---

<sup>1</sup> Esta comisión está gestionando dos proyectos: un centro de atención integral y un albergue para mujeres víctimas de violencia.

dos últimos meses. También reporta que cuando hay cambios de clima, incrementa la demanda de servicios y el medicamento asignado resulta insuficiente para atender esta demanda adicional.

#### 2.1.9. *Sangre Segura*

- Existe un banco de sangre en el Hospital Nacional de Santa Cruz de Quiché que está integrado al Departamento de Laboratorio.
- Actualmente el Hospital realiza las pruebas necesarias para garantizar la disponibilidad de sangre segura en el Banco. También se hace control de calidad en Ciudad Guatemala. La capacidad actual del Banco permite abastecer las necesidades del Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché y los depósitos de sangre de los hospitales distritales de Joyabaj y Uspantán.
- Existen cuatro técnicos con diplomado en Banco de Sangre (capacitación a distancia) en el Hospital Nacional y dos en el Hospital de Joyabaj, no así en el Hospital de Uspantán. Estos técnicos realizaron pasantías en el Hospital Nacional de Santa Cruz del Quiché (financiadas por el proyecto). El banco de sangre está desarrollando un programa de captación de donantes voluntarios no remunerados. En el futuro este banco de sangre debería de abastecer los depósitos de sangre de los hospitales de la región Huehuetenango – Quiché y eventualmente el Hospital Nacional de Sololá.

## 2.2. **Papel Rector del MSPAS**

### 2.2.1. *Participación Intersectorial*

- Hay esfuerzos preliminares de coordinación y cooperación con el Ministerio de Educación para la implementación de la estrategia de Escuelas Saludables; igualmente se participa en la comisión del programa de seguridad alimentaria y nutricional en coordinación con el Ministerio de Ganadería y Alimentación y el programa Creciendo Bien de la Secretaría de obras sociales de la esposa del presidente –SOSEP,
- A nivel departamental, la DASQ, integra diferentes comisiones tales como: El comité departamental para la reducción de la mortalidad materna, La comisión de violencia intrafamiliar (VIF) del comité ejecutivo de justicia, la comisión de mujer del CODEDE, la red para la prevención de las adicciones, En estas instancias se coordinan acciones orientadas a establecer proyectos de inversión, atención a las personas y movilización social; tal es el caso del proyecto: Albergue temporal para las víctimas de violencia; que aun se encuentra en obra gris, pero que al concluirse se proveerá la atención integral a las víctimas de violencia,
- Una situación que ocurre con mayor frecuencia en el nivel del municipio y con diferentes niveles de avance es la coordinación con las municipalidades, con estas se obtiene cooperación para el traslado de personas como en San Bartolomé, en donde cuentan con una ambulancia con piloto, combustibles y gastos de mantenimiento cubiertos a cuenta de la municipalidad, recursos para promoción y desarrollo de actividades puntuales y, en menor escala, la contratación de personal temporal principalmente para tareas de limpieza. En opuesto se encuentra la cooperación de la municipalidad de San Andrés Sajcabaja o Canilla; en donde se percibe al momento de la evaluación una relación muy fragmentada y con pocas posibilidades de avances dado el contexto eleccionario del momento. Una observación muy frecuente de esta coordinación es que frecuentemente depende de las características personales del alcalde e igualmente influenciado por el liderazgo y compromiso del director de distrito de salud,
- No se identificaron actores locales de cooperación externa en salud en la cabecera departamental. La DASQ únicamente reconoce el proyecto Asdi III como cooperante; situación muy similar a la observada en los distritos de salud visitados, y como situaciones excepcionales se pueden comentar coordinaciones locales con la ONG Salud Sin Límites y Médicos Descalzos; este último con sede en el Municipio de Chinique de las Flores.

### 2.2.2. *Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos*

- Recientemente el Área de Salud con apoyo de Asdi III incorporó a su estructura la gerencia de Recursos Humanos, que en su estructura funcional además de la gerencia se puede apreciar la unidad de administración de personal y por debajo de esta la unidad que desarrollará los procesos de reclutamiento selección, así también la unidad de capacitación y desarrollo de recursos humanos,
- Se realizó un contrato con una firma consultora para elaborar el estudio “Fortalecimiento del departamento de RRHH de DASQ” que produjo el manual de organización interna del departamento de recursos humanos; Esta unidad tiene contemplado en el futuro próximo asumir las actividades de inducción, evaluación y monitoreo del desempeño y el componente de capacitación,
- A pesar del desarrollo de documentos y estrategias de la gerencia de recursos humanos, es difícil percibir en la estructura los avances que esta gerencia propone y mucho menos perceptible en los distritos de salud.

## 2.3. **Gestión Local**

### 2.3.1. *Planificación Participativa Local en Salud*

- La elaboración del POA del proyecto y del POA Institucional para la DASQ se realizan siguiendo los lineamientos definidos por el nivel central. Sin embargo el Área de salud y los distritos perciben poca flexibilidad para elaborar los POAs e incluir las prioridades locales,
- Para la elaboración del POA 2006 fueron invitados los delegados de los distritos y para elaborar los POA 2007 se visitaron los distritos para identificar las necesidades. A pesar de lo anterior, existe poca flexibilidad de incluir las prioridades locales que se encuentran fuera de los lineamientos establecidos desde el nivel central para elaborar los POA del proyecto,
- Solo se reporta participación en los COMUDES y elaboración de Plan Municipal de salud en San Bartolomé Jocotenango. En visita al distrito de Canillá, se reporta existencia de Plan Municipal de Salud elaborado por el COMUDE con participación del distrito. En San Andrés no existe COMUDE ni Plan Municipal de Salud,
- En relación a los planes de desarrollo 2003–2013, estos no han sido establecidos a nivel de distrito. Esta pendiente la capacitación de los jefes de distrito para elaborar los planes de desarrollo para 10 años con la participación de las autoridades locales,
- La DASQ ha implementado el Consejo Técnico de Área que se reúne mensualmente según el cronograma establecido, participando Jefes de Distrito, Encargados y eventualmente el Director del Hospital.

### 2.3.2. *Monitoreo, supervisión y evaluación*

- Se identifican procesos de acompañamiento y monitoreo del nivel central a la DASQ. Las actividades de monitoreo y supervisión son débiles desde el nivel de DAS para los distritos,
- Las actividades de monitoreo y supervisión se realizan con base en situaciones puntuales que se presentan en los distritos para soluciones específicas y no obedecen a una programación sistemática. Cuando se presentan programas específicos como la Campaña de vacunación SR, se intensifican las actividades de supervisión y monitoreo,
- Se utilizan para estas actividades los instrumentos vigentes del MSPAS. Los nuevos instrumentos propuestos por el departamento de Desarrollo de Servicios (DDSS) no han sido implementados.

### 2.3.3. *Gestión*

- Se crearon 4 gerencias de Provisión de Servicios (GPS), Recursos Humanos, Administrativa Financiera y Vigilancia de la Salud en el Área de Salud de Quiché (DASQ),

- Asdi apoya la vinculación del Gerente de Provisión de Servicios y Gerencia de Recursos Humanos hasta junio de 2007. Existe un contador para el proyecto integrado a la gerencia financiera cubierto por Asdi hasta junio de 2007,
- El POA del proyecto presupuesta las actividades departamentales y de distrito en forma conjunta evidenciando la inexistencia de una desconcentración en el manejo presupuestario. La ejecución de los fondos asignados por la DASQ se ejecutan a nivel local con excepción del equipamiento que se ejecuta desde el nivel central con apoyo de la OPS/OMS, con base en las necesidades definidas por la DASQ,
- El modelo de gestión no ha sido socializado a nivel del CODEDE. La DASQ considera que no es conveniente dar a conocer los recursos financieros a los CODEDES o los COMUDES por el riesgo de una posible intervención política. La DASQ considera que sería mas conveniente trabajar con los comités pro-desarrollo que tienen una mayor participación comunitaria,
- La DASQ cuenta con diferentes instrumentos para presentar los avances técnicos y financieros del proyecto y con la participación de los distritos en la elaboración y presentación de los informes.

#### 2.3.4. *Vigilancia de la Salud*

- Existen y se actualizan la salas situacionales tanto a nivel del Área como de los distritos visitados,
- Al nivel de los municipios, algunas comunidades (por ejemplo San Bartolomé) cuenta con planes de emergencia comunitaria materno-infantil y de brotes.

### 2.4. **Participación Social**

#### 2.4.1. *COCODES, COMUDES, CODEDE y sus Comisiones de Salud*

- En la DASQ y en los distritos se reconoce la organización para la participación que propone la ley de desarrollo social, que define las estructuras comunitarias de primer y segundo nivel (COCODE de primer y segundo nivel) COMUDE y CODEDE y sus órganos de coordinación. Sin embargo en la práctica es difícil identificar como esta estructura es aprovechada y estimulada para conseguir la participación y empoderamiento de la comunidad para la gestión local de la salud.
- En los distritos y el área existe una percepción casi generalizada de que estas estructuras sociales son fácilmente manipuladas por intereses políticos, que hay poco interés en participar y que su poder real esta determinado por los espacios que le otorgue la municipalidad,
- Las acciones apoyadas por el proyecto, se han limitado a socializar el modelo de atención y gestión y los componentes del proyecto.

#### 2.4.2. *Fiscalización y Auditoría Social*

- En opinión del Equipo Técnico de Área de salud, existe poca claridad en la conceptualización, operativización y alcances de este componente; algunas experiencias aisladas ocurren desde la iniciativa de grupos organizados y sociedad civil generalmente manipulados o con interés particular en evidenciar una situación específica como lo ocurrido en el Hospital de Santa Cruz del Quiche en donde se suponía la privatización del servicio,
- Por otro lado, con avances incipientes y basado en lineamientos del nivel central, utilizando el documento “Manual para los miembros del Comité de Auditoría Social de la provisión de los servicios básicos de salud” se ha iniciado el proceso de auditoría social a las prestadoras y administradoras de servicios de salud del primer nivel de atención. El proceso se inicia con el nombramiento del comité de auditoría social y posteriormente la capacitación del mismo para las funciones que ha sido nombrado,

- El procedimiento de auditoria se basa en realizar entrevistas a usuarios de los servicios de salud de primer nivel en la primera fecha de auditoria y a miembros de grupos organizados con niños menores de 5 años en la segunda fecha. El producto de estas entrevistas que califican la organización y provisión de servicios generan un plan anual a cumplirse en un año calendario. El resultado de esta auditoria esta vinculado a la provisión de incentivo por desempeño para el equipo básico de la jurisdicción. Este modelo únicamente se ha realizado a las acciones de las PSS y los servicios contratados; no se detectan avances en este componente para los servicios de segundo nivel; no se identifican acciones apoyadas directamente por el proyecto en este componente.

#### 2.4.3. *Planes de Emergencia Materno – Infantil*

- Con apoyos técnicos de PROEDUSA y El Departamento de Programas del nivel central, la DASQ, a través del proyecto, ha capacitado principalmente a personal de promoción de los distritos y Equipos básicos de extensión de cobertura para la elaboración de los Planes de Emergencia Familiar y Comunitario. Este plan se basa en el modelo explicativo de la muerte materna denominado el Modelo de las 4 demoras. De este modelo se desprenden los planes en mención, procurando acciones para el reconocimiento de las señales de peligro de la mujer embarazada, parturienta y puerpera; así mismo las señales de peligro del recién nacido. Se realizan acciones de organización de la comunidad, principalmente para reducir los retrasos o demoras que afectan la muerte materna que incluye además la obtención de fondos para traslado y también se procura la organización para delegar el cuidado de la casa, los hijos pequeños y los animales,
- En el terreno se aprecian limitadas experiencias y estas con avances que van desde muy incipientes como en el Municipio de Canilla donde aun las señales de peligro por las comadronas son escasamente reconocidas; hasta San Bartolomé en donde los grupos comunitarios ya cuentan con experiencias exitosas de traslados utilizando el plan y fondos económicos por estos definidos. Naturalmente es necesario comentar que para que estos planes puedan tener impacto en el problema de mortalidad materna y neonatal, es necesario tener una alta cobertura de organización comunitaria, monitoreo constante de los avances y planes de trabajo; pero igualmente importante avanzar hacia la reducción de brechas institucionales de calidad y calidez en los servicios de salud; de lo contrario únicamente se cambiará el lugar de ocurrencia de estas muertes, del hogar a las instituciones de salud.

#### 2.4.4. *Participación de los adolescentes*

- El Departamento del Quiché cuenta con una población que supera los 106,000 adolescentes,
- La DASQ ha implementado 8 espacios amigables para los adolescentes en igual número de municipios; 4 promotores juveniles municipales y 5 grupos GAS juveniles (Grupo de Acción en Salud). Los espacios amigables de los y las adolescentes se encuentran ubicados generalmente en la infraestructura de los servicios de salud y generalmente tienen un muy limitado mobiliario y equipamiento. Un facilitador institucional del distrito de salud esta a cargo del programa, que en años anteriores fue fuertemente apoyado por UNICEF, a quien los adolescentes le reconocen el apoyo, así como a otros cooperantes como Save The Children,
- Fue notable la alta capacidad de organización y respuesta de los grupos de adolescentes visitados, principalmente en el municipio de Canilla. Han desarrollado habilidades para el abordaje creativo de temas de interés para los adolescentes entre los que se destacan: la Sexualidad, los embarazos no deseados, maternidad y paternidad responsables, VIH – SIDA y participación de los adolescentes entre otros,
- Se apreció el enorme interés que existe de participar y ampliar las experiencias a las comunidades, reconociendo que su movimiento todavía es del casco urbano; así también de compartir experiencias con otros adolescentes de otros municipios, departamentos y países,

- Estos grupos tienen claridad del apoyo que actualmente reciben del MSPAS (muy limitado aun), e identifican los escasos o inexistentes apoyos que reciben del MINEDUC local y Gobierno Municipal,
- No se pudieron identificar espacios para la atención diferenciada de los y las adolescentes, como una clínica del adolescente.

#### 2.4.5. Escuelas Saludables

- Se implementan acciones con diferentes niveles de avance. Se destaca el desarrollo y entrega de materiales con 24 aprendizajes en una guía para el maestro y otra para el alumno. Se han organizado grupos FES en algunas escuelas que apoyan en la réplica de capacitaciones y estimulan el cumplimiento de los aprendizajes de la estrategia. Se pudo percibir en los municipios de San Andrés y Canilla un reducido interés del MINEDUC para este componente según referencia de los niños.

## 2.5. Transferencia de Capacidades

### 2.5.1. Análisis de la Ejecución Presupuestaria en la DASQ

Con base en la información de ejecución presupuestaria presentada por la DASQ, se pueden realizar las siguientes apreciaciones y conclusiones:

- En la vida del proyecto, la DASQ ha recibido aproximadamente Q 3,372,006 (US \$ 491,053), de los cuáles ha ejecutado el 96.41%,
- Se ha programado con Asdi para el 2006 un total de Q3,602,781.55. La ejecución se ha realizado a través de 18 cartas acuerdo (de abril a junio de 2006: 7 cartas para el 16%, de julio a diciembre 8 cartas para el 41%, de enero a marzo de 2007 con 3 cartas para el 12%. Además se ejecutó a nivel central el 28%,
- En cuanto a ejecución por resultado:

| Resultados    | Programado            | Ejecutado             | Saldo               | % Ejecucion por resultado |
|---------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------|
| Resultado 1   | Q 2,390,901.02        | Q 2,270,379.71        | Q 120,521.31        | 65.36                     |
| Resultado 2   | Q 519,381.73          | Q 485,750.48          | Q 33,631.25         | 13.98                     |
| Resultado 3   | Q 692,498.80          | Q 717,426.17          | Q (24,927.37)       | 20.65                     |
| <b>Total:</b> | <b>Q 3,602,781.55</b> | <b>Q 3,473,556.36</b> | <b>Q 129,225.19</b> | <b>96.41</b>              |

- En el resultado 1 se ha ejecutado el 65% del presupuesto, el 14% en el resultado 2 y el 21% en el resultado 3,

| Destino de Gasto    | Programado POA 2006   | Ejecutado al 31 de Marzo 2007 en Q | % de Ejecucion |
|---------------------|-----------------------|------------------------------------|----------------|
| Recurso Humano      | Q 1,288,148.92        | 1,204,846.00                       | 34.69          |
| Infraestructura     | Q 727,435.57          | 704,890.08                         | 20.29          |
| Equipo              | Q 252,095.20          | 362,684.79                         | 10.44          |
| Biológicos          | Q 484,306.62          | 484,306.62                         | 13.94          |
| Cursos y Seminarios | Q 693,775.10          | 567,567.67                         | 16.34          |
| Otros               | Q 157,020.14          | 149,261.20                         | 4.30           |
| <b>Total</b>        | <b>Q 3,602,781.55</b> | <b>3,473,556.36</b>                | <b>100.00</b>  |

- Respecto al destino del gasto, se observa que aproximadamente el 35% del presupuesto ha sido destinado a la contratación de recursos humanos; el 30% en infraestructura y equipos médicos; y el 14% en la financiación de biológicos.

### 3. Lecciones Aprendidas en la DASQ

Se deben de definir prioridades y estrategias claras para implementar el proceso de recategorización,

La experiencia con la organización comunitaria (Comités Pro mejoramiento, Comités de Emergencias comunitarios, por ejemplo.) favorece la accesibilidad a los servicios de salud,

La falta de integración y complementariedad entre los dos sistemas de salud existentes en forma paralela en el país (medicina tradicional y la medicina oficial del MSPAS) ha generado dificultades para la cobertura integral y la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas de salud,

Se reconoce la importancia de integrar el tema de la prestación de servicios tradicionales y populares indígenas con el fin de mejorar la participación de los terapeutas tradicionales y fortalecer la cobertura de los sistemas de prestación de servicios de salud en el país,

Con liderazgo de los actores de salud, es posible involucrar a las comunidades, las autoridades municipales y otros actores locales.

### 4. Conclusiones de la Evaluación

- Existe un equipo de área cohesionado, motivado y comprometido con el desarrollo y prestación de servicios a la población.
- Con el apoyo Asdi III se ha logrado formar recurso humano capaz de desarrollar las actividades propuestas por el proyecto. Se ha creado la Gerencia de Provisión de Servicios, GPS, para coordinar las diferentes fuentes de financiamiento para el cumplimiento de las metas de los programas establecidos,
- De una forma general se puede constatar que la ejecución financiera del proyecto ha sido adecuada, se ha logrado ejecutar 97% de los fondos presupuestados para el proyecto. La modalidad de Cartas Acuerdo ha facilitado la oportunidad de aportes,
- Existen dificultades que afectan la ejecución del proyecto, como por ejemplo: el proceso de desconcentración en el manejo presupuestario es todavía incipiente; la contratación de personal calificado se dificulta por limitaciones en su disponibilidad local y la participación local en la planificación de los planes de salud es muy débil,
- Se requiere incorporar en el monitoreo y la evaluación, los indicadores de resultado de la medición del desempeño del servicio y la calidad de la atención. Esos elementos son esenciales para una adecuada administración y un incremento de la calidad en la atención de los servicios de salud,
- Ha sido insuficiente el apoyo técnico y seguimiento brindado al área de salud para la implementación tanto del modelo de atención como del modelo de gestión,
- La DASQ registra su información epidemiológica en la sala situacional, sin embargo, se identifica una debilidad en la gestión de la información para la toma de decisiones con enfoque estratégico,
- Los resultados de la implementación del proceso de recategorización no siempre han dado como resultado una elevación real y sostenida del nivel de resolución de los servicios.

- Se ha logrado un mejoramiento progresivo (tendencia favorable) en los indicadores de morbilidad, mortalidad y cobertura.
- Se debe caracterizar el sistema de la medicina tradicional y popular existente en algunas regiones del Área con el fin de encontrar puntos de encuentro entre los sistemas de salud vigentes en el país que permitan su coexistencia, complementariedad y mejoramiento de la cobertura en salud para el país,
- Falta coordinación y presencia regular de la DASQ en los espacios sociales organizados (CODEDE, por ejemplo) para la coordinación y participación en acciones de desarrollo social relacionadas con la salud pública. Débil aprovechamiento de estrategias y programas existentes en la región (PRO-MUDEL, por ejemplo).

## 5. Recomendaciones

- Redefinir prioridades en el proyecto para apoyar la implementación del proceso de recategorización, con el fin de que a finales del proyecto en un número determinado de servicios quede completado este proceso de manera integral (asegurando la prestación de la cartera de servicios con calidad, calidez y una utilización eficiente tanto de la capacidad física instalada como de los recursos humanos, equipo, entre otros, asignados a cada servicio),
- Revisar la cartera de servicios y recursos disponibles del Centro de Salud Santa Cruz con el fin de optimizar su capacidad instalada y evitar sobrecarga asistencial en el Hospital Nacional,
- La participación comunitaria en forma organizada a través de comités y organizaciones activas claramente conformadas es fundamental para el logro de un desarrollo del sistema de salud en el país en forma estructurada por niveles de atención según la complejidad de las patologías y las cartaras de servicios de los diferentes niveles del SIAS,
- Para la atención en salud a grupos sociales prioritarios es fundamental involucrar en el proceso de atención a los sistemas prestadores de salud formales (oficiales) e informales (tradicionales) existentes y reconocidos en la comunidad. La participación de la comadrona en la atención del parto bajo la supervisión del personal de salud responsable en el centro de salud, es una forma de garantizar el acercamiento y complementariedad de la medicina tradicional y popular con el servicio de salud ofrecido por el MSPAS en la región,
- Es fundamental revisar la estrategia de la medicina tradicional y definir espacios de orientación de las acciones y capacitación a todos los actores del sistema nacional de salud involucrando los sistemas oficiales y tradicionales y populares de prestación con el fin de integrar la prestación de servicios con respeto mutuo por las creencias y costumbres y enfoque de complementariedad en los servicios de salud,
- Es prioritario que la DASQ lidere a nivel de las comisiones de salud de los COCODES, COMUDES Y CODEDE la intervención del medio ambiente para el mejoramiento del suministro de agua potable, el adecuado manejo de excretas y la disposición final de desechos sólidos comunitarios,
- Fortalecer a nivel de las escuelas formadoras de recursos humanos (médicos, enfermeras, entre otros.) la importancia de la medicina tradicional y popular en la comunidad indígena y fomentar el respeto por las creencias y enfoques terapéuticos. Definir políticas y capacitar a los actores de los dos sistemas para facilitar la complementariedad en la prestación de los servicios de salud en el país,
- Definir actividades prioritarias a realizar con el fin consolidar las acciones iniciadas en salud mental y el avance adicional que podría realizarse en el tiempo de vida del proyecto,
- Definir una estrategia de trabajo específica para el impulso de actividades de VIF/VBG,

- Definir y operativizar un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos, vehículos e inmobiliarios con el fin de garantizar el buen funcionamiento de la infraestructura de los servicios de salud,
- Definir e integrar esfuerzos liderados desde la DASQ para optimizar la participación de otros organismos nacionales o internacionales para el desarrollo de acciones en salud en el Consejo Departamental de Desarrollo, CODEDE, y en los COMUDES,
- Operar la accesibilidad a medicamentos en las DASQ y distritos en forma regular y garantizando la disponibilidad oportuna de los mismos a través de ventas sociales y botiquines rurales con la participación activa de las alcaldías y el apoyo de PROAM,
- Establecer un plan operativo de monitoreo, seguimiento y evaluación permanentes en la DASQ liderado por el nivel central del MSPAS y con la asistencia técnica de la OPS/OMS.

## Apéndice 3 Informe DASH, del Área de Salud de Huehuetenango

### Participantes

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS,  
Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS,  
Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi

### 1. Introducción

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e Implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, de Guatemala con financiación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi – y asistencia técnica de la Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS –, ha propuesto al Departamento de Huehuetenango como uno de los beneficiarios en su ejecución.

El Departamento de Huehuetenango, ubicado en la región noroccidental del país, cuenta con una extensión de 7,403 km<sup>2</sup>, representando el tercer lugar en extensión territorial a nivel nacional. Tiene una población de 1,028,410 habitantes distribuidos en 32 municipios y 1,690 comunidades, ocupando el segundo lugar de mayor población en el país (densidad poblacional de 138 habitantes/km<sup>2</sup>). La población rural se estima en el 80% y su grupo étnico predominante es indígena Maya en el 85%. Se estima un nivel de analfabetismo promedio del 40% para el departamento.

La Red Hospitalaria del Área de Salud se basa en 1 Hospital Nacional (Huehuetenango), 1 Hospital Distrital (San Pedro Necta), 19 Centros de Salud y 73 Puestos de Salud Distritales para un total de 95 servicios de salud. La Extensión de Cobertura se basa en la cooperación cubana con aproximadamente el 54% de cobertura poblacional.

Las 10 primeras causas de morbilidad general identificadas para el Área de Salud de Huehuetenango durante el 2003 fueron: infecciones agudas de las vías respiratorias, parasitosis, diarreas y gastroenteritis, atención prenatal, anemia no especificada, amigdalitis aguda, control de salud rutinario del niño, asistencia de salud para la anticoncepción familiar, gastritis y neumonías. Durante 2006 se estima que 70% de los niños sufrían de desnutrición crónica. Se tiene una baja cobertura en la atención de parto institucional (11.5% de total de partos) y las principales causas de mortalidad materna son las infecciones y hemorragias posparto. Además de un bajo nivel de planificación familiar.

En el proceso de ejecución del proyecto, en la reunión tripartita de MSPAS – Asdi – OPS/OMS de marzo 30 de 2007, sus participantes han acordado realizar una evaluación de monitoreo externo durante el mes de julio de 2007 con el fin de conocer el grado de avance en la ejecución del proyecto, identificar oportunidades de desarrollo y proponer estrategias de cooperación internacional futuras. Indevelop, Suecia fue contratado para realizar esta evaluación quien designó a un equipo de consultores externos para la ejecución de la misma.

Para su realización, el equipo de evaluación presentó un cronograma al Sr. Ministro de Salud para su anuencia. El equipo de evaluación realizó una visita y reunión de trabajo con el Director de Área y el equipo técnico de la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango, DASH. Además se visitaron los Centros de Salud de Huehuetenango Sur y los servicios de salud de los Distritos de San Gaspar Ixchil, Cuilco, Jacaltenango y Santa Ana Huistas.

Finalmente, se realizó una reunión de cierre de visita con la DASH en la cual participaron el Director y su equipo técnico para realizar una reflexión conjunta sobre algunos hallazgos preliminares, recibir conclusiones sobre el proceso de evaluación y ofrecer recomendaciones para el mejoramiento de las intervenciones del proyecto y el logro de los resultados propuestos.

## **2. Hallazgos de la Evaluación en la DASH**

### **2.1. Modelo Integral de Salud**

#### *2.1.1. Línea Basal*

- Con base en la línea basal de 2003, se elaboró el Plan Estratégico de la DASH con la participación de la Comisión de Salud y Seguridad Nutricional del Consejo Departamental de Desarrollo (CO-DEDHSN), la Secretaría General de Planificación, SEGEPLAN, y la Dirección de Área de Salud. En este plan se definen intervenciones propuestas hasta el año 2015 con objetivos estratégicos y metas operativas para la provisión, gestión y financiamiento de los servicios de salud del Área,
- Para el año 2006, la DASH estima que ha logrado una capacidad de cobertura en salud alrededor de 1 médico por 10,000 habitantes (en 1995 se estimaba en 45,000 habitantes por médico),
- Se identifica un mejoramiento progresivo favorable en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil, aunque en algunos casos se presentan algunos registros negativos posiblemente asociados al mejoramiento en la calidad de los registros estadísticos y el control del subregistro anteriormente existente,
- Se identifica un avance insipiente en el sistema de garantía y de calidad en la prestación de los servicios de salud en la DASH.

#### *2.1.2. Recategorización de los servicios*

- La metodología de Hanlon en el proceso de identificación de los servicios de salud prioritarios para ser fortalecidos ha sido aplicada en el Área, sin embargo, la DASH ha considerado necesario y ha decidido, en consejo técnico, ofrecer apoyo a todos los servicios de salud del Área en forma equitativa con el fin de mejorar su capacidad de respuesta institucional en forma integral,
- Los estándares de la recategorización se basan principalmente en la capacidad asistencial del servicio de salud bajo un enfoque eminentemente clínico hacia la atención de pacientes enfermos y no por ciclos de vida. Las acciones en prevención y promoción de la salud son limitadas y la capacidad de intervención en higiene y atención al medio ambiente es mínima,
- Se reforzaron los servicios de salud recategorizados de Jacaltenango y Cuilco, sin embargo, ambos funcionan bajo el presupuesto de la DASH y tienen serias limitaciones en la disponibilidad permanente de Recursos Humanos en salud (médicos y enfermeras licenciadas, principalmente),
- La DASH informa que en junio de 2007 se inició la construcción del Hospital de Barillas con aportes del Fondo de Inversión Social, FIS, de Guatemala,
- Existen dos Municipios sin Extensión de Cobertura actualmente, Santa Ana Huista y San Rafael Independencia pero disponen de servicios de salud, ambos clasificados como Centros de Atención a Pacientes Ambulatorios, CENAPAS.

#### *2.1.3. Sistema de Referencia y Respuesta*

- El instrumento (Boleta) para la referencia y la respuesta se encuentra estructurado e implementado pero no sistematizado,
- Se identifica dificultad de accesibilidad geográfica y económica (para pago del transporte) a los servicios básicos de salud en el departamento,

- Se identifica dificultad en el funcionamiento de la referencia entre la comunidad y las instituciones en red en los Distritos de Jacaltenango y en el CAIMI de Cuilco debido a limitaciones de acceso cultural y lingüístico,
- En oportunidades, el personal de los servicios de salud no involucra los actores de la medicina tradicional (comadronas, por ejemplo) ni se respeta la participación del grupo familiar en el proceso de toma de decisiones sobre el tipo de atención médica propuesta al paciente,
- El personal de salud que finalmente atiende al paciente remitido, no ofrece importancia y no elabora la respuesta (contrarreferencia) al personal de salud remitente.

#### 2.1.4. *Atención a la Materna*

- La atención a las maternas es una prioridad para el equipo de salud de la DASH, en especial, para aquellas situaciones relacionadas con la primera y segunda demoras como causantes de la complicación en la atención del parto, postparto y puerperio. Además se identifica alta presencia de maternas en edades extremas (menores de 20 y mayores de 35 años) y altos niveles de multiparidad,
- Aunque la tendencia de la mortalidad materna es descendente desde el año 1996, sigue siendo alta, en especial en regiones más apartadas en donde se presentaron el 50% de las muertes (170 por 100,000 nacidos vivos durante 2006). A junio de 2007, se han registrado 12 muertes maternas para el Área de la cuáles, 6 se presentaron en el Municipio de Barillas. Actualmente, la DASH está desarrollando un Plan de Investigación de las causas de mortalidad materna para el mejoramiento de los casos no reportados. Los resultados preliminares han identificando las primera y segunda demoras como las principales causas de la problemática,
- La recategorización a CAIMI ha permitido mejorar la capacidad resolutive en cuanto a la atención materna. Sin embargo, las remisiones de paciente a un nivel superior de complejidad para la atención sigue siendo alta (63% durante el 2006 y de 20% a mayo de 2007). Las razones de justificación de la remisión son básicamente: no disponibilidad de obstetra o anestesiólogo, sala de cirugía no disponible o sin insumos y casos de alta complejidad que requieren de pediatra local no disponible,
- En salud reproductiva, se identifica baja participación de la comunidad en el programa de planificación familiar debido a razones esencialmente culturales, sin embargo, los indicadores de cobertura han mejorado progresivamente siendo la planificación con métodos hormonales inyectados los más aceptados (Deproprovera), seguidos de Dispositivo Intrauterino (DIU) y anovulatorios orales.

#### 2.1.5. *Atención Infantil*

- Se identifica persistencia de muertes infantiles (580 muertes durante 2006) por causas infecciosas como neumonías en el 44% y diarreas en el 8%. Si embargo, se observa una tendencia al descenso progresivo en el número de muertes desde 1996,
- La vacunación infantil para la región en los últimos 4 años ha estado alrededor del 90% para todos los biológicos incluidos en el PNI (Polio, DPT Penta, SPR y BCG). Sin embargo, algunos distritos tiene menores coberturas llegando al 70% como en San Gaspar Ixchil, por ejemplo. Se identifican dificultades de acceso cultural, religioso y político como las principales causas de deserción a la vacunación,
- La región se identifica como una de las más afectadas por desnutrición crónica en el país (70% de menores de 5 años). Por lo tanto, se tienen instaurados programas educativos para nutrición y salud alimentaria con el apoyo de la estrategia Creciendo Bien del Programa de Salud Alimentaria y Nutricional, PROSAN del MSPAS.

#### *2.1.6. Programas de control de la Violencia Sexual, VIF/Violencia Basada en Género, VBG y Salud Mental*

- Las intervenciones en control de la violencia sexual, VIF, VBG y Salud Mental se han incorporado a través de la Comisión de la Mujer en los COMUDES Y CODEDE,
- Se han definido Pactos Sociales con grupos de mujeres en temas como sexualidad responsable y VIH/SIDA y en grupos de jóvenes en salud reproductiva,
- El equipo técnico de la DASH relata disponer de un Plan Estratégico de Salud Mental pero no fue conocido por el equipo de evaluación aunque fue solicitado.

#### *2.1.7. Medicina Tradicional y Popular*

- La medicina tradicional y popular tiene un avance insipiente en el Área. Se dispone de un inventario de terapeutas existentes en la región pero no se han iniciado acciones de organización para la intervención ni creación de espacios de consenso y aproximación operativa,
- La barrera cultural y lingüística en la comunidad y el bajo compromiso del personal asistencial de salud en este tema, se identifican como limitantes en la accesibilidad principalmente asociadas para el logro de un impacto favorable en este componente,
- Se tiene programada una capacitación en el uso del Vademécum Nacional de Plantas Medicinales y la guía Fitoterapéutica con el apoyo de la ONG Médicos Descalzos.

#### *2.1.8. Acceso a Medicamentos*

- Se presentan dificultades para obtener los medicamentos en la DASH y los distritos ya que los proveedores no están interesados en vender cantidades mínimas solicitadas por las prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención,
- La DASH considera que PROAM no tiene la capacidad de proveer los medicamentos que se requieren para los diferentes programas. El equipo técnico relata que solo se obtiene el 25% de los medicamentos solicitados,
- La DASH desconoce y por lo tanto, no coordina el apoyo ofrecido por Asdi para la asignación de capitales semilla entregados a PROAM para instaurar Ventas Sociales y Botiquines Rurales en 13 Municipidades del Departamento de Huehuetenango.

#### *2.1.9. Sangre Segura*

- Avance insipiente en la disponibilidad de sangre segura para el Departamento. Asdi apoyo la capacitación de los técnicos de laboratorio en el tema de manejo seguro de sangre durante el 2006,
- No se tiene programado apoyo presupuestario sobre este aspecto en el POA del proyecto para el año 2007.

### **2.2. Papel Rector del MSPAS**

#### *2.2.1. Participación Intersectorial*

- La DASH ha participado en la coordinación para el desarrollo de programas específicos del MSPAS como PROSAN, ha coordinado con las autoridades locales del Ministerio de Educación Nacional, programas como Escuelas Saludables y, con apoyo de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, SOSEP, ha participado en programas y estrategias como Creciendo Bien,
- Las municipalidades están trabajando con comisiones integradoras de todos los sectores gubernamentales y no gubernamentales de la organización social (COCODES y COMUDES).

### *2.2.2. Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos*

- El Proyecto ha contratado 52 funcionarios durante su ejecución en la DASH (8 enfermeras profesionales, 40 auxiliares de enfermería, 1 gerente Recursos Humanos, 1 coordinador de Proyecto, 1 Contador y 1 Trabajador Social), de los cuales, 23 (44%) han sido absorbidos por el MSPAS.
- Actualmente, la DASH tiene contratados 29 funcionarios desde abril de 2007 para diferentes actividades con fondos provenientes del proyecto Asdi III. Se tiene previsto que este personal será vinculado por Contrato a Término Definido por el MSPAS a partir de enero 2008.

### *2.2.3. Coordinación de la Cooperación Externa a nivel de la DASH*

- Existe coordinación en la DASH con otros organismos de cooperación como UNICEF, CARE, UE a través de GESAN – Huista (Proyecto de Gestión y Educación para la seguridad alimentaria y nutricional en la Mancomunidad Huista) y Project Concern Internacional, PCI, que ofrecen apoyo a los hogares maternos para la atención de partos de bajo riesgo.

## **2.3. Gestión Local**

### *2.3.1. Planificación Participativa Local en Salud*

- Con apoyo de Asdi y con fondos de desarrollo canalizados a través de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario, ADECO, se han programado y realizado varias actividades a nivel distrital. Se han conformado algunas comisiones de salud en COCODES Y COMUDES. En la DASH, se ha formulado un plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna infantil con la Comisión de Salud y fondos del CODEDE.
- Se realizan los Consejos Técnicos de la DASH en forma bimensual con la participación de representantes de los servicios de salud, DAS, ONGs, Prestadoras y Aseguradoras de extensión de cobertura, PSS/ASS. En estos consejos técnicos se analizan los indicadores de salud de la sala situacional y se realiza seguimiento a la implementación del modelo de atención y gestión, además se evalúan los avances en el proceso de recategorización de los servicios de salud para el departamento,
- Existen 493 Comisiones de Salud distritales en la DASH. En el Distrito de Cuilco cuentan con 96 Comisiones de Salud de los COCODES, sin embargo aún no disponen de reglamentos para su funcionamiento.

### *2.3.2. Monitoreo, supervisión y evaluación*

- Se identifican procesos de acompañamiento y monitoreo del nivel central a la DASH. El equipo técnico de la DASH reconoce su debilidad en el monitoreo y seguimiento técnico en los programas establecidos en los distritos, en especial para aquellos fortalecidos con atención los fines de semana,
- El acompañamiento de los equipos responsables de la salud en los distritos hacia los puestos de salud es esporádico y en función de situaciones críticas emergentes y no en forma sistemática ni obedecen a planes previamente organizados,
- El nivel central del MSPAS realiza asistencia técnica en forma ocasional, principalmente por programas y en aspectos puntuales. El acompañamiento administrativo y financiero por parte del nivel central es insipiente, sin embargo con la creación del cargo financiero a nivel de la Unidad Coordinadora de Proyectos y Programas, UCP y P, se está apoyando y ofreciendo mayor claridad al manejo presupuestario y financiero para la ejecución del proyecto a nivel departamental.

### *2.3.3. Gestión*

- La ejecución presupuestaria del proyecto se realiza a través de cartas acuerdos y los fondos regulares del MSPAS con el sistema de información financiera SIAFI. La DASH mantiene una ejecución de 89% del presupuesto Asdi III y 100% del presupuesto del MSPAS a marzo 2007,

- Se están implementando estrategias, como controles en insumos BRESS (medicamentos), ingresos a Almacén de equipo y insumos, listado de personal vinculado por el MSPAS y procesos de selección y reclutamiento, con el fin de garantizar el financiamiento para los servicios de salud según las normas SIAFI del MSPAS.

#### 2.3.4. *Vigilancia de la Salud*

- Se ha identificado una creciente incidencia de enfermedades transmitidas por vectores que han requerido una intervención prioritaria para el Área de Salud como son: Dengue, Malaria, Oncocercosis, Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis.
- Para la Vigilancia Epidemiológica se planifica distribuir el Departamento en 3 regiones (de las 10 microregiones actuales) considerando las tres Mancomunidades existentes en el departamento: Amudes (7 Municipios), Los Huistas (9 municipios) y Mamsohue (15 Municipios) y para cada uno de estas regiones asignar un Epidemiólogo,
- Existen y se actualizan las salas situacionales a nivel de la DASH y de los distritos visitados. Se han disminuido los casos de subregistro de morbilidad y mortalidad, lo que ha permitido identificar las demoras en la atención en salud en el departamento.

### 2.4. **Participación Social**

#### 2.4.1. *COCODES, COMUDES, CODEDE y sus Comisiones de Salud*

- Con la creación de la Ley de Desarrollo Social en el país, se facilitó la integración de los comités pro mejoramiento y de apoyo comunitario en los Consejos Comunitarios de Desarrollo, COCODES, los cuáles agrupan en forma integral las diferentes comisiones de salud; infraestructura; cultura y deportes; seguridad ciudadana; mujeres, niñez y adolescencia; y de ambiente y recursos naturales, por ejemplo.
- Las Comisiones de Salud distritales fueron creadas y capacitadas en la DASH aún no disponen de reglamentos para su funcionamiento. En algunos municipios las comisiones no se organizan sino disponen de un capital semilla (San Gaspar Ixchil, por ejemplo).
- La Comisión de Salud ha presentado, con la participación de la DASH, varios proyectos al CODEDE en relación con la disminución de la mortalidad materno infantil (ejecutado durante el 2006), desinfección permanente del agua de consumo humano en las cabeceras municipales del departamento (ejecutado en 2006), seguimiento al plan de operativización de las demoras para disminuir la mortalidad materna (en ejecución) y seguimiento al proceso de recategorización de los servicios de salud para la reducción de la mortalidad materno infantil (aprobado en abril de 2007, pendiente ejecución),
- La experiencia de la DASH en el componente de participación social será presentada a otras regiones objeto del proyecto como intercambio de experiencias. Se tiene programada una visita de algunos integrantes del equipo técnico de la DAS de Alta Verapaz.

#### 2.4.2. *Fiscalización y Auditoría Social*

- El personal de salud ha sido capacitado en auditoría social con el apoyo del proyecto Asdi y de SEGEPLAN. Los estudios de Satisfacción del Usuario que se han realizado en Cuilco han permitido la adopción de medidas para el mejoramiento de sus servicios. Se realizó la primera auditoría social a nivel de las PSS/ASS como evaluación de los servicios de extensión de cobertura para el primer nivel,
- Existe un comité de auditoría social en cada comunidad integrado por 7–20 personas. Sin embargo, el equipo técnico de la DASH relata que no se tiene claridad de lo que es la auditoría social y como ejercerla adecuadamente con la participación comunitaria,

- Para el segundo nivel de atención, la auditoria social es insipiente con avances en la adaptación de los instrumentos para su realización. Falta fortalecer a los distritos e involucrar la estrategia de Municipios Democráticos para su implementación.

#### 2.4.3. *Planes de Emergencia Materno – Infantil*

- Se conformaron los Comités de Emergencia y de Vigilancia comunitarios y se está capacitando al personal de los distritos en su funcionamiento. Solo 7 de las 32 comunidades cuentan con planes de emergencia pero son las que presentan los mayores índices de mortalidad materna e infantil.

#### 2.4.4. *Participación de los adolescentes*

- Se tienen 16 municipios con espacios amigables. En los distritos de Cuilco (Centro Interactivo con 5 computadores en línea y acceso a Internet), Tectitán e Ixtahuacán se fortalecieron los espacios amigables con el apoyo de CARE y UNICEF,
- El Centro de Salud Huehuetenango Sur tiene una experiencia exitosa en el trabajo con adolescentes y en Salud Mental con el apoyo de la Universidad San Carlos, Programa SINA del MSPAS, ADECO, Centros Educativos y Asdi III. Se han desarrollado estrategias como la creación del grupo de Estudiantes Voluntarios Informantes de SIDA, EVISIDAS, el desarrollo del programa “invita a un amigo” con la participación de 48 jóvenes y el desarrollo temático en violencia intrafamiliar, derechos humanos, entre otros,
- Las actividades de capacitación propuestas para los adolescentes no tuvieron continuidad durante el año 2007 debido, según sus ejecutores, a que la DASH no les asignó los recursos presupuestarios requeridos esperados y provenientes del proyecto Asdi III. Por lo tanto, la actividad está suspendida en gran porcentaje por falta de recursos económicos.

#### 2.4.5. *Escuelas Saludables*

- Existen 7 escuelas saludables en el departamento, las cuales fueron seleccionadas de acuerdo con los índices de pobreza identificados por SEGEPLAN,
- Se han realizado capacitaciones a 215 profesores y 400 adolescentes en salud oral en apoyo de los EPS de la Universidad San Carlos,
- En las actividades programadas se tiene previsto la participación del Programa de Educación en Salud, PROEDUSA, del MSPAS y del Grupo de Atención en Salud Escolar, GASES, en temas de salud oral, parasitosis, primeros auxilios, higiene en el hogar, botiquines de limpieza, entre otros.

### 2.5. **Transferencia de Capacidades**

#### 2.5.1. *Análisis de la Ejecución Presupuestaria en la DAS*

- La DASH informa que la UCP y P definió la distribución porcentual para la ejecución del proyecto bajo los siguientes parámetros:
  1. Para la contratación de recursos humanos para apoyar las acciones del proyecto, el 40% del presupuesto,
  2. Para el remozamiento y equipamiento en la recategorización de los servicios, el 30% del presupuesto,
  3. Para las actividades de capacitación, el 30% del presupuesto.
- Según información recibida por la DASH para la ejecución del proyecto durante 2005, 2006 y 2007, se han recibido aproximadamente Q. 4,574,017.84, de los cuáles se han ejecutado el 82%,
- En información parcial del plan de ejecución para el año 2006, se presentó de la siguiente forma (en Quetzales, Q):

| Destino de Gasto                                                    | Ejecutado según POA 2006 | Porcentaje del total |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Recurso Humano                                                      | Q 1,725,823.26           | 49                   |
| Remozamiento                                                        | Q 692, 325.04            | 20                   |
| Capacitaciones                                                      | Q 608,868.21             | 17                   |
| Equipo                                                              | Q (en nivel central)     | —                    |
| Biológicos                                                          | Q (en nivel central)     | —                    |
| Otros<br>(publicidad, estudios satisfacción de usuarios, promoción) | Q 521,836.54             | 15                   |
| <b>Total</b>                                                        | <b>Q 3,548,852.44</b>    | <b>100</b>           |

- Una ejecución total de Q 3,548,852.44 (Aprox. US \$ 466, 954),
- Respecto al destino del gasto en la DASH, se observa que aproximadamente el 49% del presupuesto ha sido destinado a la contratación de recursos humanos; el 20% en remozamiento de los servicios de salud; y el 15% en la financiación de otras actividades como publicidad radial, pagos a medios de comunicación, estudios de satisfacción del usuario, estipendios a vacunadores, movilización del recurso humano, materiales de oficina,
- La DASH relata que los recursos presupuestarios ejecutados para la dotación de equipos médicos, vacunas y medicamentos se realiza desde el nivel central y no disponen de la información departamental solicitada.

#### 2.5.2. Asistencia Técnica de la OPS/OMS

- La DASH informa que se obtiene un acompañamiento técnico permanente por demanda, principalmente vía telefónica y por mail, a través del Coordinador del Proyecto (Dr. Julio Isaacs) designado por la OPS/OMS,
- Se identifica, por parte del equipo técnico del Área, un ocasional acompañamiento administrativo y financiero para la preparación y presentación de las cartas acuerdo, las cuáles son percibidas como de difícil ejecución y liquidación pues no se tienen directrices claras para su trámite.

### 3. Lecciones Aprendidas en la DASH

- Se han identificado que las regiones de alto riesgo en salud corresponden con aquellas de mayor pobreza, lo que indica que es un problema de salud pública que requiere la intervención y coordinación con otros sectores del desarrollo,
- Las Comisiones de Salud han permitido aprender que la coordinación intersectorial es importante para el logro de los objetivos de participación comunitaria,
- La participación comunitaria se ha visto beneficiada por estrategias de organización para el apoyo mutuo como son los comités pro mejoramiento, de emergencias comunitarias y la vinculación de los alcaldes auxiliares comunitarios,
- El proceso de evaluación externa es considerado por el equipo técnico de la DASH como un espacio de reflexión técnica orientada con un alto contenido de motivación hacia la auto evaluación y reorientación de las acciones en proceso de implementación.

## 4. Conclusiones de la Evaluación

- Se percibe un alto compromiso por parte del equipo humano de la DASH para cumplir con las actividades del proyecto, sin embargo, las actividades relacionadas con intervenciones específicas y prioritarias (campaña de vacunación Sarampión Rubéola definida por el PNI para el primer cuatrimestre de 2007, por ejemplo), obliga una dedicación exclusiva de todo el personal de salud y paraliza otras actividades programadas como las del proyecto Asdi III,
- El registro de la información a nivel del Área y los distritos presenta avances significativos. El proceso de análisis, interpretación y gestión estratégica de la información es muy débil para la toma de decisiones técnicas y administrativas a nivel local,
- En la elaboración de los Planes Operativos Anuales, POAs, del proyecto se presentan dificultades en la continuidad de algunas de las actividades previstas, asignación presupuestaria en ocasiones por encima o por debajo del gasto requerido y su programación no considera necesariamente las actividades definidas en el POA institucional,
- Se percibe una limitación en la disponibilidad del recurso humano requerido en la DASH y en algunos de los distritos visitados, afectando la realización de las diferentes actividades en salud incluyendo las propuestas por el proyecto. Aunque se han logrado avances significativos en la participación social con el apoyo de los técnicos de salud rural, se presenta una limitación por la falta de trabajadora social para apoyar el seguimiento y acompañamiento técnico en la organización social,
- La campaña de vacunación SR recientemente implementada en el país (primer cuatrimestre de 2007) ha generado un retraso significativo en las actividades propuestas por el proyecto,
- Los servicios de salud distritales no disponen de recursos financieros propios y el suministro de insumos y medicamentos para su funcionamiento depende de los aportes y capacidad presupuestaria de la DASH, situación que limita el adecuado funcionamiento de servicios de salud recategorizados, en especial para el CAIMI de Cuilco,
- Las causas de morbilidad y mortalidad infantil se encuentran especialmente asociadas a condiciones de higiene ambiental en la calidad de agua de consumo humano, disposición final de excretas y manejo inadecuado de basuras y desechos sólidos (San Gaspar Ixchil, por ejemplo, el 60% de la comunidad no disponen de manejo adecuado de excretas, el 35% disponen de letrinas húmedas y no se dispone de manejo adecuado de desechos sólidos municipales). La intervención en higiene y control del medio ambiente se identifica bajo la responsabilidad de la administración municipal con apoyo del Instituto Nacional de Fomento Municipal, INFOM, y no se siente una responsabilidad directa de los servicios de salud en la intervención ambiental,
- La estrategia de Escuelas Saludables ha sido afectada en su desarrollo por la falta de integración y coordinación de los diferentes organismos de cooperación externa interesados en el tema. Además se presenta dificultad en la participación de los educadores y la integración y aceptación de los contenidos temáticos por los coordinadores técnicos administrativos, CTA, en algunos municipios,
- La auditoria social se ha realizado principalmente a nivel de las ONGs responsables de la extensión de cobertura del primer nivel en el Área de Salud con base en el Manual para los Miembros del Comité de Auditoria Social de la Provisión de los Servicios Básicos de Salud y los instrumentos propuestos. La realización de la auditoria para el segundo nivel con la participación social activa para el beneficio social aun no se realiza y se tiene dificultad para que los grupos sociales beneficiados entiendan su importancia y participen en forma voluntaria,
- El contexto político actual en el país por elecciones presidenciales programadas para fines de 2007 hace que las actividades en salud relacionadas con estrategias participativas como: Escuelas Saluda-

bles, Espacios Amigables, participación social para la organización de los COCODES, COMUDES Y CODEDE con la conformación y desarrollo de las diferentes comisiones se vean disminuidas significativamente,

- El acompañamiento técnico y las acciones en supervisión, monitoreo y evaluación desde el nivel central del MSPAS se perciben débiles en aspectos técnicos en el Área. Igualmente se perciben muy débiles en los distritos y casi inexistentes a nivel de los puestos de salud. El acompañamiento en aspectos administrativos y financieros ha mejorado parcialmente desde la creación de este componente en la UCP y P del MSPAS,
- La participación de la OPS/OMS mediante su asistencia técnica ha disminuido significativamente desde la desaparición de su CTDI en el área. Sin embargo, en la ejecución del proyecto existe un apoyo técnico telefónico y vía mail permanentes desde la coordinación del proyecto (Dr. Julio Isaacs) pero sigue existiendo dificultad en aspectos administrativos y financieros en lo relacionado con la elaboración, ejecución y legalización de las cartas acuerdo y en la ejecución presupuestaria de las actividades del proyecto.

## 5. Recomendaciones

- Fortalecer la capacidad de análisis e interpretación de la información con el fin de orientar la gestión estratégica y su realización debe considerar una estrategia participativa involucrando casos críticos provenientes de las actividades locales rutinarias en que participen los funcionarios de los distritos y del área de salud en forma conjunta,
- La elaboración de los Planes Operativos Anuales, POAs, del proyecto deberían elaborarse con base en el diagnóstico prioritario para cada periodo atendiendo principalmente aquellos aspectos y actividades relacionados con los resultados del proyecto y con la continuidad necesaria hasta el logro mínimo esperado con base en su indicador. La programación debe ser complementaria a las acciones y actividades relacionadas y definidas en el POA institucional del MSPAS para el Área,
- Se debe garantizar la continuidad de algunas de las actividades previstas en los POAs con el fin de permitir que las actividades no se suspendan hasta alcanzar el logro previsto por el proyecto y hasta que la actividad tenga continuidad en el POA institucional,
- El recurso humano inicialmente contratado por Asdi III para apoyar las acciones del proyecto en el Área de Salud se debe ingresar a la nómina del MSPAS según lo convenido en el marco del proyecto y para esto, sería conveniente una forma de contratación bajo el renglón 011 que permita estabilidad laboral con el fin de garantizar la continuidad del recurso humano capacitado y la sostenibilidad de los resultados logrados por el proyecto,
- Capacitar el recurso humano de la DASH y los distritos en la elaboración y gestión administrativa y financiera de las cartas acuerdo del proyecto con base en las prioridades definidas en el POA del proyecto y la participación activa del personal administrativo de la UCP y P del nivel central del MSPAS,
- Las actividades de capacitación propuestas en el contexto del proyecto deberían ser definidas y priorizadas por los ejecutores locales en forma participativa y los recursos requeridos para apoyar dichas actividades, deberían ser asignados en el Consejo Técnico de la DASH con base en las necesidades locales,
- Fortalecer la participación de las comisiones de salud y medio ambiente y recursos naturales en los COCODES y COMUDES en temas relevantes como el Saneamiento Ambiental, involucrando a los diferentes estamentos responsables: Consejos municipales, administración municipal y a los representantes del Instituto Nacional de Fomento Municipal, INFOM,

- Fortalecer las Comisiones de Salud de los COMUDES Y del CODEDE con el fin de coordinar la disponibilidad de recursos financieros y técnicos gubernamentales para las intervenciones en salud que requieran participación social. Coordinar con organismos y programas no gubernamentales de cooperación externa presentes en la región (Programa Municipios para el Desarrollo Social, PRO-MUDEL, por ejemplo), las intervenciones comunitarias asociadas con la salud y la educación propuestas en Aldeas, Municipios y en el Departamento,
- Para el desarrollo de la estrategia de Escuelas Saludables, es fundamental la capacitación de los docentes sobre la metodología y herramientas pedagógicas adecuadas para abordar diversos temas en forma adecuada.

## Apéndice 4 Informe DASI, del Área de Salud de Ixil

Participantes

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS,

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS,

Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi

### 1. Introducción

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e Implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, de Guatemala con financiación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi – y asistencia técnica de la Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS –, ha propuesto al Departamento de El Quiché como uno de los beneficiarios en su ejecución.

El Área de Salud de Ixil fue creada el 29 de diciembre de 2000 en respuesta a un compromiso de presidencia en el encuentro regional Ixil por la paz (ERIPAZ). Se encuentra ubicada en la región noroccidental del país con una extensión de 1,512.3 km<sup>2</sup>, una población estimada de 137.845 habitantes e integrada por 3 municipios: Santa María de Nebaj, San Juan Cotzal y San Gaspar de Chajúl. La población rural se estima en el 64%. Se reconoce un nivel de analfabetismo del 71%. La composición étnica de la región es indígena maya en el 72.55% y la población migrante se estima en el 15.7%. El 73% de la población vive por debajo de la línea de pobreza, de los cuáles, el 25% se encuentran en extrema pobreza.

La Red Hospitalaria del Área de Salud se basa en 1 Hospital Distrital en Santa María de Nebaj, 2 Centros de Salud Tipo Fortalecido (Chajúl y Cotzal), 6 Puestos de Salud Distritales Fortalecidos (Chel, Xolcuay, Ilom, Ojo de Agua, Nueva América y Salquil Grande).

La extensión de cobertura para el Área de Salud se encuentra bajo la responsabilidad de la Administradora de Servicios de Salud, ASS, Cooperativa todos Nebajenses, la cuál cuenta en la actualidad con 9 convenios para los tres municipios, atendiendo una población de 64,337 habitantes en 157 comunidades (10,723 familias) en 92 Centros Comunitarios.

Las principales causas de morbilidad general identificadas para el Área de Salud de Ixil durante el primer trimestre de 2007 fueron: Infección Respiratoria Aguda – IRA –, Parasitosis intestinal, Enfermedad Diarreica Aguda – EDA –, Neumonías y Bronconeumonías, Afecciones piel y TCS, Enfermedades Pépticas, Anemias no especificadas, Traumatismos y heridas múltiples.

La aparición de grupos antisociales de pandillas juveniles (las Maras) han generado estilos de vida violentos, los que incrementan la morbimortalidad por estas causas; así mismo se detecta un aumento del riesgo de ingestión de bebidas alcohólicas con una tasa general de 6.78 x 10 000 habitantes (12.6 x 10.000 Habitantes masculinos y 1.0 x 10.000 habitantes femeninas).

En reunión tripartita de MSPAS – Asdi – OPS/OMS de marzo 30 de 2007, se acordó realizar una evaluación externa del proyecto en el mes de julio de 2007 con el fin de conocer el grado de avance en la ejecución del proyecto, identificar oportunidades de desarrollo para facilitar el logro de los resultados propuestos e identificar posibles estrategias de cooperación internacional futuras. Indevalop, Suecia fue contratado para realizar esta evaluación quien designó a un equipo de consultores externos para la ejecución de la misma.

Para su realización, el equipo de evaluación elaboró una propuesta de cronograma que fue presentada al Sr. Ministro de Salud y su equipo técnico del MSPAS para su anuencia. Luego de aprobado, el equipo de evaluación realizó una visita y reunión de trabajo con el Director de Área y el equipo técnico de la Dirección de Área de Salud de Ixil, DASI.

Además se visitaron el Centro de Salud de San Juan Cotzal y los Puestos de Salud Xolcuay de Chajúl y Ojo de Agua de San Juan Cotzal.

En la visita a la DASI, se realizaron visitas y entrevistas con directivas del Hospital Distrital de Nebaj, visita a espacios amigables de Santa María de Nebaj y San Juan Cotzal, entrevista con la Prestadora de Extensión de Cobertura “Cooperativa Agrícola Integral Todos Nebajenses – Cootoneb” y entrevista con la ONG Save the Children.

Finalmente, se realizó una reunión de cierre de visita a la DASI en la cual participaron el Director y su equipo técnico, se realizó una reflexión conjunta sobre algunos hallazgos preliminares, se recibieron algunas conclusiones del equipo técnico sobre el proceso de evaluación y se ofrecieron recomendaciones para el mejoramiento de las intervenciones del proyecto y el logro de los resultados propuestos.

## **2. Hallazgos de la Evaluación en la DASI**

El Proyecto Asdi III inició su ejecución en la DASI en agosto de 2005 con una cobertura para los tres municipios del área de salud: Santa María de Nebaj, San Juan Cotzal y San Gaspar de Chajúl.

### **2.1. Modelo Integral de Salud**

#### *2.1.1. Línea Basal*

- El estudio de línea base se utiliza como referencia para analizar la tendencia y cambios en los indicadores del proyecto y particularmente los indicadores de cobertura, morbilidad y mortalidad para el Área de Salud,

#### *2.1.2. Recategorización de los servicios (Modelo de Atención, Normas, Capacitación, entre otros)*

- Se realizó la recategorización de los servicios de salud con base en el método de Hanlon. La recategorización se concentró en el fortalecimiento de la red de servicios con recursos humanos y mejoramiento de la infraestructura. Además se ampliaron los horarios de atención y para diversificar la oferta de servicios (sobretudo en salud mental), se contrataron dos psicólogos para los distritos de Nebaj y Chajul y un trabajador social en Chajúl,
- Durante la vida del proyecto (periodo 2005–2007), se han contratado con apoyo Asdi un total de 37 profesionales y técnicos, de los cuales 30 (81%) ya fueran absorbidos por el MSPAS mediante contratos a término definido, quedando pendientes 7 (19%) que son aún pagados por Asdi,
- De los 37 funcionarios contratados, 10 (27%) se encuentran en DASI como personal administrativo fundamentalmente con excepción de un odontólogo de 2 horas para San Gaspar de Chajúl. Otros 10 funcionarios (27%) prestan servicios en el Hospital Distrital de Santa María de Nebaj, de los cuáles, el 70% son de carácter asistencial,
- En el Distrito de Chajúl se disponen de 10 funcionarios (27%), de los cuáles, el 90% son de carácter asistencial. En el Distrito de San Juan Cotzal se dispone de 7 funcionarios (19%), de los cuáles, el 71% son de carácter asistencial,
- Sin embargo la disponibilidad y financiamiento de los recursos humanos para el Área de Ixil continua siendo crítico existiendo actualmente 8 vacantes de los cargos requeridos.

### 2.1.3. Sistema de Referencia y Respuesta

- La Boleta utilizada en las referencias del personal de salud del puesto de salud al distrito y al hospital es una adaptación local. En las referencias del Hospital Distrital de Nebaj al Hospital Nacional Santa Elena del Quiché se usan boletas del Departamento del Quiché,
- El proceso tiene vinculado al sistema de prestadoras de servicios de salud del primer nivel del SIAS,
- Se identifica la necesidad de sistematizar la Boleta en toda la red prestadora de servicios de salud para solucionar problemas técnico como la falta de legibilidad en la letra de quién escribe la Boleta, por ejemplo,
- Aunque se han realizado talleres de capacitación en la DASI sobre la utilización de la boleta, su implementación es incipiente en todos los niveles,
- La respuesta del personal asistencial a la referencia, es decir, la contrarreferencia sigue siendo muy baja. Se identifica poco compromiso y falta de respeto por el personal de los hospitales de referencia hacia el personal de distritos y puestos de salud.

### 2.1.4. Atención a la Materna

- La tasa de mortalidad materna tiene una tendencia al descenso. Se estima que en primer trimestre de 2006 se encontraba en 4,13 por 100,000 mujeres en edad fértil y en igual periodo de 2007 en 2,55 por 100,000 mujeres en edad fértil. La razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos pasó de 285,4 en el primer trimestre de 2006 a 123,4 en el mismo periodo de 2007,
- La DASI ha identificado la problemática como prioritaria para la salud pública en la región. Se tiene definido un Plan de Reducción de la Mortalidad Materna basado en el Modelo de las Cuatro Demoras propuesto y en funcionamiento según claros lineamientos del MSPAS,
- Se analizan las causas de las muertes maternas en la respectiva sala situacional de la DASI,
- La existencia del Plan Departamental para la reducción de la muerte materna dio origen a la formación de la Comisión Departamental de Salud,
- Además se trabaja a nivel de la Administradora de Servicios de Salud, ASS, mediante la extensión de cobertura en la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. Se toman muestras de Papanicolao una vez al año (se realizaron 1,800 exámenes de control durante el año 2006, por ejemplo).

### 2.1.5. Atención Infantil

- Las principales causas de morbilidad infantil siguen siendo de origen infeccioso transmisibles como son: Infección Respiratoria Aguda, IRA; Parasitismo Intestinal, Enfermedad Diarreica Aguda, EDA; Neumonías y Bronconeumonías. Las principales causas de mortalidad infantil se encuentran relacionadas con las Neumonías y Bronconeumonías, Sepsis del Recién Nacido, Varicela Complicada, Gastroenterocolitis y Disentería Amebiana,
- Para la DASI es una prioridad brindar atención integral a la problemática de las enfermedades infecciosas respiratorias y digestivas. Además de realizar seguimiento y reforzar las acciones de vacunación propuestas por el Plan Nacional de Inmunizaciones, PNI, en especial contra el Sarampión y la Rubéola Congénita,
- El proyecto Asdi ha permitido realizar las capacitaciones requeridas sobre Normas de Inmunizaciones para el Área de Salud y se apoyó la Campaña Nacional de vacunación SR durante el primer cuatrimestre del año 2007 mediante cuñas radiales y spot en televisión en idioma y dialectos locales. Además se entregaron materiales de apoyo como cascos y playeras alusivas a la campaña,

- Asdi apoyó con la consecución de biológico para la Campaña SR y se tiene previsto su apoyo para la disponibilidad de biológico para la vacunación contra la Influenza Estacional en la región, además de apoyo promocional para su aplicación,
- Sin embargo, se identifica aún algún porcentaje de la comunidad que rechaza la vacunación. Las principales causas identificadas y que deben ser objeto de estrategias de control y seguimiento son: Creencias de maleficio del biológico de orden religioso, rechazo de líderes políticos por creencias culturales inadecuadas, falta de interés y poco compromiso con la salud preventiva de algunos sectores gubernamentales locales y la presencia de la delincuencia juvenil (las Maras) que intimida la participación comunitaria.

#### 2.1.6. *Programas de control de la Violencia Sexual, VIF, Violencia Basada en Género, VBG y Salud Mental*

- Existen normas y protocolos elaborados por el nivel central sobre la violencia sexual, intrafamiliar y basada en género, los cuales se socializaron con personal del primer y segundo nivel del Área de Salud,
- Está programada para Agosto de 2007, una socialización de normas y protocolos con personal de otras instancias como el Ministerio Público, Juzgado de Familia del Organismo Judicial, Centro de Atención a la Justicia, Bufete Popular, Derechos Humanos y otras organizaciones locales,
- Respecto a la Salud Mental, se contrataron en abril 2006 dos psicólogos y un trabajador social para cubrir las necesidades de la DASI en salud mental además de programas de adolescentes y de VIF/VBG.
- Se identifican avances incipientes en este aspecto.

#### 2.1.7. *Medicina Tradicional y Popular*

- Se incorporaron 14 terapias tradicionales en los servicios de salud. En Diciembre de 2006 se concretizó la primera capacitación en medicina tradicional efectuada por la ONG Médicos Descalzos en la DASI. En agosto 2007 volverán a las comunidades para seguimiento y detección de las dificultades en utilización de los medicamentos de fitoterapia,
- El personal capacitado dispone de una Guía Fitoterapéutica y durante el tercer trimestre 2007 se actualizará el marco conceptual sobre la materia y uso del Vademécum de Plantas Medicinales,
- Además se capacitarán 501 comadronas (de las cuales 365 son reconocidas) en los temas de parto limpio y seguro, las cuatro demoras (énfasis en las dos primeras), planificación familiar, atención al recién nacido y maternidad saludable. Las actividades de capacitación serán realizadas en conjunto con la ONG Save the Children (uso y mantenimiento adecuado de equipos de atención de parto y entrega de maletines con equipos),
- La mayoría de las comadronas son analfabetas en su propio idioma y muchas son ancianas con dificultades para desplazarse desde las comunidades alejadas. Se buscan estrategias alternativas para hacer la capacitación e involucrar a las posibles “nuevas” comadronas.

#### 2.1.8. *Acceso a Medicamentos*

- Listado de medicamentos por ciclo de vida,
- En el primer nivel de salud la compra de medicamentos se hace por contrato abierto. Se identifican problemas con disponibilidad de medicamentos en forma oportuna y limitaciones en la disponibilidad de los medicamentos solicitados a PROAM y con la Fundación Holandesa IDA en Guatemala.

### 2.1.9. *Sangre Segura*

- El hospital distrital de Nebaj posee un depósito de sangre y se coordina con el Banco de Sangre del Hospital de Santa Elena del Área de Salud de Quiché,
- En el marco del proyecto se capacitaron los técnicos del Área en los hospitales de El Quiché y Alta Verapaz.

## 2.2. **Papel Rector del MSPAS**

### 2.2.1. *Participación Intersectorial*

- Puntual con algunos entes (Ministerio de Educación, Creciendo bien, justicia)

### 2.2.2. *Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos (RRHH)*

- Se elaboró un plan de Recursos Humanos 2007–2009 para la DASI con apoyo técnico del nivel central y se espera socializarlo con el personal del Área en fines de Julio 2007,
- El Proyecto ha permitido reforzar la disponibilidad de recursos humanos con la vinculación de dos psicólogos (en Chajúl y Cotzal) y de una Trabajadora social en Chajúl desde abril de 2006,
- Se planifica mayor coordinación con escuelas formadoras de Recursos Humanos, RRHH, para la superación académica de los funcionarios locales, incluyendo cursos a distancia para auxiliares de enfermería y formación en enfermería y postgrado en Psicología. Actualmente se provee estipendios para auxiliares de enfermería con los fondos Asdi III y se mantiene un docente del curso por tele conferencia con los fondos de Asdi III y del MSPAS.

### 2.2.3. *Coordinación de la Cooperación Externa a nivel de la DASI*

- A nivel del Área de Ixil, la cooperación externa en salud se coordina principalmente con Save the Children y con la Brigada de Cooperación Cubana,
- Se ha organizado, a nivel del Área, un Comité de Coordinación de la Cooperación Externa con varios participantes: DASI, PSS, Save the Children, ADIM, COMENSA y Help International,
- Las acciones orientadas desde el Comité de Coordinación se perciben como un valor agregado a la Rectoría del MSPAS y una forma importante de canalizar todo el apoyo externo para la región.

## 2.3. **Gestión Local**

### 2.3.1. *Planificación Participativa Local en Salud*

- Se ha implementado el Consejo Técnico a nivel de la DASI con la participación de los distritos y hospital. El Consejo Técnico se reúne mensualmente,
- Los Consejos Técnicos de Distritos están conformados pero no llevan a cabo reuniones con regularidad,
- El análisis del sistema integral de salud (ASIS) se realiza anualmente como parte del POA institucional. Es un proceso básicamente institucional y no cuenta con la participación de municipalidades o grupos organizados. Se espera socializar la información en los COMUDES de Chajul y Cotzal en Julio y Agosto de 2007,
- Existen planes estratégicos de desarrollo municipales 2003–2013 en los tres distritos. Se han establecido planes municipales de salud con participación social. Por ejemplo, en Chajúl se coordinó con la municipalidad la implementación de un Centro de salud permanente (CAP) y de un hogar materno, que se financiará durante el 2008 con los fondos del COMUDE. Para Cotzal y Nebaj se realizan actividades en este sentido a través del CODEDE.

### *2.3.2. Monitoreo, supervisión y evaluación*

- La DASI tiene establecida una Matriz de Análisis y soluciones de problemas identificados pero que aún no ha sido sistematizada,
- Las actividades de supervisión en la DASI hacia los distritos y puestos de salud no es registrada sistemáticamente y se encuentra dispersa en los programas. El equipo técnico está elaborando una agenda única de monitoreo, supervisión y evaluación para evitar la presente dispersión,
- Se dispone de la guía de supervisión facilitadora pero su aplicación no es sistemática. Los compromisos de gestión son evaluados trimestralmente mediante una serie de indicadores ya establecidos. Los programas prioritarios tienen sus instrumentos de evaluación e información periódica hacia el nivel central,
- La supervisión hacia los puestos de salud es selectiva y se hace puntualmente cuando se presentan o realizan actividades especiales como las campañas de vacunación, logística de suministros, producción de servicios, entre otros.
- Para la extensión de cobertura la supervisión es sistemática y se realiza mediante normas, indicadores e instrumentos definidos por el nivel central.

### *2.3.3. Gestión*

- Hasta marzo 2007 la DASI logro una ejecución del 97.5% de los fondos regulares del MSPAS y del 71.9% de los fondos del proyecto Asdi III. La ejecución presupuestaria se garantiza a través de tarjetas manuales autorizadas y hojas electrónicas e informes de avance financiero para los fondos del MSPAS y de cartas acuerdo por actividades/tareas, así como por resultado y destino de gasto para los fondos del Proyecto,
- La ejecución y control del presupuesto se hace según los lineamientos de la Dirección General Administrativa y Financiera del MSPAS,
- Se envía la programación cuatrimestral y los fondos se ejecutan mediante un fondo rotativo y ordenes de compra y pago. Se tiene como meta girar 10 veces/año el fondo rotativo,
- Los informes de avance son elaborados de forma participativa según los lineamientos del nivel central y con los aportes de los distritos,
- El registro de la información administrativa y de gestión en la DASI tiene dificultades en su calidad y consistencia. El equipo técnico de la DASI es consciente sobre la necesidad y se encuentran trabajando en el mejoramiento de la calidad del dato, la sistematización de la información y la gestión permanente de sus registros,

### *2.3.4. Vigilancia de la Salud*

- Existen protocolos de vigilancia de mortalidad materna y salud reproductiva. Se tienen organizadas la Sala Situacional en la DASI para la región y se identifican claramente las salas situacionales en los distritos visitados,
- El registro de la información es oportuno y actualizado, sin embargo, la capacidad de utilización como elemento orientador en la toma de decisiones y el direccionamiento estratégico es muy limitado por parte de los equipos técnicos locales,
- Un aspecto crítico en el Área de Salud es el poco desarrollo del Saneamiento Básico del Medio. El 78% de la población tiene servicio domiciliario de agua entubada por red a nivel urbano y pequeños acueductos en zonas rurales. Sin embargo, existe una mala calidad del agua debido a que no se realizan ninguno de los tratamientos de desinfección establecidos. El 22% de la población,

especialmente rural, utilizan sistemas individuales de suministro de agua sin ningún tipo de tratamiento en la calidad del agua ni control sanitario regular,

- El Área de salud tiene identificados 133 sistemas de captación de agua (72 en Nebaj, 38 en Chajúl y 23 en Cotzal) con sistemas de cloración de agua acumulada en tanques en forma manual y con periodos inestables, bajo la responsabilidad de cada municipalidad. Los abastecimientos de agua vigilados son solo 23 (17% del total) y solo se hacen control con muestras periódicas en forma irregular a 32 (24% del total de sistemas de captación),
- En cuanto a la disposición de excretas y aguas residuales, en Santa María de Nebaj se utilizan sistemas de drenaje que no reúnen los requisitos sanitarios mínimos establecidos por el Instituto Nacional de Fomento Municipal, INFOM, vertiendo las aguas residuales al río principal del Municipio sin ningún tipo de tratamiento previo. Se estima que el 1% de la población practica fecalismo al aire libre,
- La disposición de desechos sólidos urbanos en el Municipio de Santa María de Nebaj se realiza en un Vertedero Municipal a Cielo Abierto para unas 400 familias. Este Vertedero no reúne las condiciones ni dispone de equipos motorizados para el manejo adecuado y soterramiento de basuras. Los recursos humanos para la clasificación de basuras es insuficiente, no se hace manejo sanitario de los desechos, incrementándose los criaderos de vectores y roedores, además de la contaminación de suelos y fuentes de agua,
- En el Municipios de Cotzal no existe Vertedero Municipal aunque se dispone de un terreno para su construcción. El Municipio de Chajúl ha iniciado su proceso de organización de su Vertedero Municipal pero requiere de apoyo técnico y disponibilidad financiera.

## **2.4. Participación Social**

### *2.4.1. COCODES, COMUDES, CODEDE y sus Comisiones de Salud*

- El Consejo Departamental de Desarrollo (CODEDE) tiene su sede en Santa Cruz de El Quiché. Hasta la fecha del presente informe, la DASI solamente ha participado en la formulación de un Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, en coordinación con el CODEDE,
- En los tres municipios que conforman el Área de Salud, existe participación del personal de salud en las comisiones municipales de Salud y en las comisiones de salud de los COMUDE,
- Durante 2007 se socializará el análisis Del Sistema Integral de Salud, ASIS, en el COMUDE de Chajul y Cotzal. Se concretó el apoyo para la implementación del Centro de Atención Permanente (CAP) y hogar materno en Cotzal, con fondos del COMUDE,
- Además mediante la coordinación con el CODEDE y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República, SEGEPLAN, se logró la inclusión del remozamiento y construcción de la red de servicios de salud en Nebaj, Chajul y Cotzal, con fondos multi municipales.

### *2.4.2. Fiscalización y Auditoria Social*

- La auditoria social se esta iniciando en las jurisdicciones de extensión de cobertura de los tres distritos de salud. Se capacitaron 135 auditores sociales en 160 comunidades y se ha realizado un primero ejercicio utilizando la Boleta y los instrumentos elaborados para la auditoria social.
- A comienzos del año 2007, se elaboro una línea basal en el ámbito de la salud reproductiva que incluye una encuesta sobre la satisfacción de usuarios,
- Los procesos de auditoria social son todavía insipientes para el Área de Salud.

### *2.4.3. Planes de Emergencia Materno – Infantil*

- Los comités de emergencia comunitarios se encuentran muy bien coordinados con los distritos de salud para facilitar el transporte y asistencia médica de las mujeres embarazadas y en algunos casos se ha también recibido apoyo de las municipalidades,
- Los comités de emergencia comunitaria están en proceso de consolidación en todos los 9 servicios de salud del Área. Existen 10 comités de análisis de mortalidad materna en los distritos, los cuáles se encuentran integrados por líderes de las comunidades,
- La DASI ha identificado que algunas comunidades exigen la entrega de capital semilla (fondos) para la creación de los comités de emergencias.

### *2.4.4. Participación de los adolescentes*

- Existen Espacios Amigables en los tres distritos donde se desarrollan temas de capacitación de los jóvenes relacionados con la prevención primaria de la conducta irregular. Se forman grupo de líderes en los espacios ubicados en los centros de salud y estos a su vez capacitan a jóvenes y adolescentes de su comunidad. En esos espacios se trabaja también con la promoción de la salud mental,
- Los facilitadores de los espacios amigables son financiados por la DASI con fondos de salud reproductiva del MSPAS y por la ONG Save the Children,
- Los espacios amigables, incluyendo el equipo y materiales con acceso al Internet, son financiados con recursos del proyecto Asdi III y con el apoyo de Save the Children,
- Se dispone de un manual de referencia para aplicación de normas de atención de adolescentes pero aún no existen protocolos para atención de adolescentes con problemas de salud mental.

### *2.4.5. Escuelas Saludables*

- La estrategia Escuela Saludable incluye la promoción de la salud mental, además del abordaje de temas de higiene, medio ambiente y salud reproductiva,
- La DASI está en proceso de acreditar tres escuelas saludables, una en cada uno de los tres distritos para el año 2007,
- La DASI realiza con la participación de los Coordinadores Técnicos Administrativos (CTA), la capacitación de los docentes de las escuelas participantes en la estrategia. La coordinación ha tenido algunas dificultades operativas, principalmente con el CTA del Municipio de Cotzal debido a su ausencia frecuente,
- El proceso ha sido bastante largo, pues empezó en 2006 pero varios factores, como el periodo escolar y huelga de profesores, han limitado su avance. Las elecciones presidenciales en septiembre de 2007, se vislumbra como otro factor de retraso.

## **2.5. Transferencia de Capacidades**

### *2.5.1. Análisis de la Ejecución Presupuestaria en la DASI*

Con base en la información de ejecución presupuestaria presentada por la DASI, se pueden realizar las siguientes apreciaciones y conclusiones:

- En la vida del proyecto y con corte a junio 30 de 2007, la DASI ha recibido Q 2,743,519.04 (aprox. US \$ 360,989.35), de los cuáles ha ejecutado el 88%,
- La DASI tiene un saldo disponible para reintegro de las cartas acuerdo de Q 327,225.03 que equivale al 12% del total de presupuesto asignado para el Área de Salud,

- Respecto al destino del gasto, se observa que aproximadamente el 37% del presupuesto ha sido destinado a la contratación de recursos humanos; el 25% en infraestructura y equipos médicos; y el 24% en la financiación de capacitaciones y otras actividades del POA del proyecto (ver la siguiente tabla),

| Destino de Gasto                                                                                    | Ejecutado al 30 de Junio de 2007 en Q | % de Ejecucion |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Recursos Humanos                                                                                    | Q 1,018,000.00                        | 37             |
| Infraestructura (Remozamiento)                                                                      | Q 477,554.47                          | 17             |
| Equipo Médico (Equipamiento)                                                                        | Q 220,886.47                          | 8              |
| Biológicos                                                                                          | Q 18,000.00                           | 1              |
| Capitaciones (Talleres y Seminarios)                                                                | Q 224,099.95                          | 8              |
| Otros (Viáticos, asistencia técnica, boletines epidemiológicos, reuniones, publicidad, estipendios) | Q 457,753.12                          | 16             |
| <b>Total</b>                                                                                        | <b>Q 2,416,294.01</b>                 | <b>100.00</b>  |

- Es de anotar que en la compra de biológicos para vacunación representa solo el 1% del presupuesto total ejecutado por el proyecto,
- En términos generales, la DASI ha respetado la directriz dada por el nivel central del MSPAS respecto a la ejecución presupuestaria, es decir, tener como techos presupuestarios de referencia el 40% en la contratación de recursos humanos, 30% para el remozamiento y equipamiento de los servicios de salud recategorizados y el 30% en actividades de capacitación y similares,

#### 2.5.2. Asistencia Técnica de la OPS/OMS

- El apoyo técnico y financiero no se hace de una forma sistemática ni obedece a una programación, se realiza por demanda y por vía telefónica y electrónica principalmente,
- Se identifica la necesidad de un mayor acompañamiento local y directo por parte de la OPS/OMS y del MSPAS.

### 3. Lecciones Aprendidas en la DASI

- La participación en la ejecución de proyectos de cooperación externa representa un aprendizaje para el equipo técnico de la DASI. La programación de las actividades del POA del proyecto se deben ajustar adecuadamente en función del POA institucional con el fin de garantizar la continuidad y sostenibilidad de las acciones,
- La DASI identifica la necesidad de realizar ejercicios prácticos para el trámite adecuado de la Boleta de referencia y respuesta involucrando al personal de los Puestos de salud, Centros de Salud y jurisdicciones de las Prestadoras y Asegurados de Servicios de Salud, PSS y ASS como aspecto fundamental para garantizar el funcionamiento adecuado de la red del Sistema Integral en la prestación de servicios de salud por niveles de complejidad.

### 4. Conclusiones de la Evaluación

- El Proyecto Asdi III es percibido y enfocado como un apoyo y fortalecimiento de las acciones definidas por el Consejo Técnico de la DASI y su gestión es complementaria del POA institucional definido con el MSPAS,
- El POA del proyecto se ejecuta bajo las directrices planteadas por el nivel central del MSPAS, el cual ha definido que la ejecución presupuestaria sea del 40% para el resultado 1 fortaleciendo principal-

mente la disponibilidad de recursos humanos para los servicios de salud recategorizados, 30% para el resultado 2 y 30% para el resultado 3 con apoyo prioritario a las actividades de capacitación del personal, remozamiento y equipamiento de los servicios de salud fortalecidos,

- La DASI tiene establecidos 5 compromisos de gestión con la Dirección General del SIAS, compromisos que incluyen a los tres distritos de salud,
- La DASI se confronta con problemas de alta rotación del personal. Los contratos a término definido son vulnerables sin prestaciones económicas para el trabajador. El área está sujeta a influencia política (toma de decisiones de personal a contratar, por ejemplo),
- La toma de decisiones estratégicas y priorización según el sistema de vigilancia epidemiológica existente es muy limitado. Se requiere de fortalecimiento del equipo de la DASI y de los distritos en gestión estratégica de los servicios de salud,
- La participación comunitaria en salud es débil en la región y algunas comunidades exigen apoyos externos y capitales semillas para conformar las comisiones y comités de emergencia comunitaria. El gran desafío se mantiene en desarrollar acciones educativas para que las personas entiendan la salud como una responsabilidad de todos,
- A pesar de los esfuerzos, los avances en el proceso de identificación, referencia y registro de casos en salud mental son insipientes. La reciente dotación de recursos profesionales en la materia y la reciente capacitación del personal de la red son identificados como oportunidades para superar estas limitaciones,
- La auditoria social de los servicios de salud es un componente muy poco desarrollados en el Área de Salud,
- El Programa Escuelas Saludables ha tenido un desarrollo insipiente en la región debido a ceses frecuentes de actividades por paros de maestros y otras actividades que dificultan su avance. Por lo tanto, existe una falta de continuidad en el programa, lo que desmotiva a los maestros en participar. Alto riesgo que el programa pare cuando el proyecto termine,
- Los médicos EPS deben ser involucrados en la estrategia de medicina tradicional y popular para garantizar la expansión del uso de plantas medicinales en las unidades de salud,
- No existe un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos o infraestructura de los servicios de salud. La DASI no tiene vinculado personal de mantenimiento ni presupuesto para este aspecto fundamental,
- El fortalecimiento de la red de servicios requiere todavía mayor integración a nivel de distrito y dirección de Área. Además la recategorización requiere otra cultura de trabajo en términos de organización y extensión de horario.
- El saneamiento básico del medio es un aspecto críticos y desfavorable para la salud pública en la región. Las condiciones inadecuadas de suministro de agua, la disposición final de excretas, aguas residuales y disposición final de desechos sólidos en los tres municipios que conforman la DASI requieren de una intervención sanitaria urgente.

## 5. Recomendaciones

- Es prioritario que el MSPAS integre una planilla mínima de recursos humanos para el Área de Salud, con el fin de crear más plazas bajo renglón 011 que permita garantizar una mayor estabilidad del personal operativo en salud en especial aquellos de los centros y puestos de salud,

- Capacitar a nivel local y con base en ejercicios prácticos orientados por el nivel central del MSPAS con la asistencia técnica de la OPS/OMS. Realizar la capacitación en forma progresiva y constante en el contexto del acompañamiento técnico y la transferencia de conocimientos en gestión estratégica y administrativa para los servicios de salud,
- El marco de regulación presupuestaria debería ser mas flexible permitiendo una mayor libertad a la DASI para la gestión de por lo menos el 10% del monto y del plan de trabajo. Lo que permitiría realmente operativizar el proceso de desconcentración propuesto por el MSPAS,
- Fortalecer la organización y la participación activa comunitaria en salud mediante una adecuada coordinación interinstitucional liderada desde los espacios activos de desarrollo social (COCODES y COMUDES) y una coordinación de la cooperación externa liderada por la DASI,
- La Boleta es simplemente un instrumento del sistema de referencia y respuesta. Se deben crear los mecanismos que permiten la interacción del modelo de atención, involucrando a todos los componentes de la red de salud y considerando los aspectos culturales. Normalmente se toman decisiones en el grupo familiar así que se debe involucrar en la toma de decisiones médicas y se debe facilitar la participación de las comadronas en el parto institucional. Estos son aspectos fundamentales para un mayor acercamiento y fortalecimiento del sistema de referencia y respuesta,
- En el desarrollo del Programa Escuelas Saludables, se identifica la necesidad de capacitar a los maestros en la metodología a aplicar y no sobre los temas contenidos en los libros distribuidos,
- Respecto a contenidos de capacitación de maestros y actores sociales en salud comunitaria, se debe ofrecer énfasis en la sensibilización y seguimiento en temas de salud y medio ambiente. Estos aspectos se deben integrar en los temas curriculares propios de las escuelas primaria y secundaria,
- Los materiales didácticos utilizados en los talleres de capacitación o en los programas radiofónicos deberían ser validados en coordinación con el Instituto de Lenguas Mayas para cubrir las diferencias idiomáticas.
- Los procesos de capacitaciones en sus diferentes modalidades, requieren incluir en sus procesos, la realización de una evaluación que permita garantizar la calidad de estas acciones,
- La salud mental requiere un enfoque preventivo por ciclos de vida que permita iniciar, en grupos poblacionales de alto riesgo como los adolescentes, actividades sanas y de orientación para evitar el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas y la conformación de grupos delictivos en la región,
- LA auditoria social en salud requiere de una orientación precisa por parte de los sistemas de salud locales y un claro compromiso comunitario en su realización. El enfoque metodológico para su realización debe incluir, además de los derechos de la comunidad al acceso a la salud, las obligaciones que tiene el ciudadano en el auto cuidado de la salud, las conductas sanas y el buen uso de los servicios de salud,
- Sería importante destinar por lo menos el 5% del presupuesto global de la DASI para el mantenimiento de los servicios recategorizados con el fin de garantizar la sostenibilidad del equipo adquirido, los vehículos y la infraestructura remozada con apoyo del proyecto,
- El Comité de Salud de los COMUDES debe impulsar en forma urgente una intervención para el saneamiento básico del medio en los tres municipios mediante un trabajo mancomunado con las administraciones municipales, el Instituto de Fomento Municipal, INFOM, y los organismos de cooperación nacional (Fundación Guillermo Toriello y COMENSA) e internacional interesados en el tema.

## Apéndice 5 Informe DAS Ixcan, del Área de Salud del Ixcan

### Participantes

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS,  
Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS,  
Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi

### 1. Introducción

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e Implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, de Guatemala con financiación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi – y asistencia técnica de la Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS –, ha propuesto al municipio de Ixcan como uno de los beneficiario en su ejecución. El municipio corresponde al área de salud de Ixcan.

El Municipio de Ixcan es parte del Departamento del Quiché, ubicado en la región noroccidental del país con una extensión de aprox. 1,500 km<sup>2</sup>, y una población de 80,000 habitantes. El territorio está dividido en siete microregiones en las que están distribuidas 176 comunidades. La población rural se estima en el 88%. Un 83% de su población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y un 17% se encuentra en situación de extrema pobreza. La tasa de alfabetismo es del 62% con una relación masculino/femenino de 1.28. En el municipio se hablan 12 idiomas mayas.

La Red Hospitalaria del Área de Salud está compuesta por: 1 Centro de Salud tipo A que ha sido recategorizado como CAIMI (Playa Grande), 3 Centros de Salud Tipo B, 13 Puestos de salud, 44 unidades mínimas o centros de convergencia. La extensión de cobertura en el primer nivel la realiza una prestadora de servicios de salud que opera en cuatro jurisdicciones atendiendo aproximadamente a unos 43,241 habitantes y sirviendo en 129 comunidades.

Entre las principales causas de mortalidad infantil en el área de salud se encuentran las enfermedades diarreicas agudas (30% de las muertes infantiles), bronconeumonías, septicemias, trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer.

En reunión tripartita de MSPAS – Asdi – OPS/OMS de marzo 30 de 2007, se acordó realizar una evaluación externa del proyecto en el mes de julio de 2007 con el fin de conocer el grado de avance en la ejecución del proyecto, identificar oportunidades de desarrollo para facilitar el logro de los resultados propuestos e identificar posibles estrategias de cooperación internacional futuras. Indevalop, Suecia fue contratado para realizar esta evaluación quien designó a un equipo de consultores externos para la ejecución de la misma.

El equipo de evaluación elaboró una propuesta de cronograma de trabajo que fue presentada para su aprobación al Sr. Ministro de Salud y a su equipo técnico. Se realizó una visita de campo al área de salud de Ixcan. Se realizó reunión de trabajo con el Director de Área y su equipo técnico. Además se visitó el CAIMI de Playa Grande y se realizaron entrevistas con representantes de la Alcaldía Municipal, sindicato de trabajadores de la salud y representantes comunitarios. Se entrevistaron representantes de la Pastoral de la Salud Comunitaria Maya del Ixcan (PASCONI) y de la Asociación de Comadronas Vida Nueva (ASOCVINU) que actúa como prestadora de servicios de extensión de cobertura. Se visitó también la Escuela Mixta rural Aldea San Pablo.

La visita al área de salud concluyó con una sesión de trabajo en la cual participaron el Director del área y su equipo técnico, miembros del sindicato de trabajadores de la salud y personal del CAIMI de Playa

Grande. En la reunión se profundizó en algunos temas y se presentaron algunas recomendaciones para el mejoramiento de las intervenciones del proyecto.

## 2. Hallazgos de la Evaluación en la DASI

### 2.1. Modelo Integral de Salud

#### 2.1.1. Línea Basal

El estudio de línea base se utiliza como referencia para analizar la tendencia y cambios en los indicadores del proyecto y particularmente los indicadores de cobertura, morbilidad y mortalidad. El estudio abordó aspectos socio-económicos y culturales que podrían haber sido útiles para orientar estrategias de ejecución del proyecto. Desafortunadamente no se aprovecharon para este fin.

#### 2.1.2. Recategorización de los servicios

En el área de salud de Ixcán al igual que en el resto de áreas de salud se realizó el ejercicio de recategorización de los servicios utilizando la metodología Hanlon. Como resultado de este ejercicio el Centro de Salud de Playa Grande fue recategorizado para ser un CAIMI.

El proyecto apoyó la implementación del proceso de recategorización, facilitando fondos para el fortalecimiento de los servicios mediante contratación de personal, mejoramiento de infraestructura (remozamiento) y complementariedad de equipo médico. La tabla a continuación presenta un detalle de los servicios de salud fortalecidos y el tipo de intervención realizada en cada uno de ellos.

| <b>Servicios de Salud Fortalecidos en la DAS Ixcán</b> |                                        |                                         |                     |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| <b>Servicio</b>                                        | <b>Contratación<br/>Recurso Humano</b> | <b>Mejoramiento<br/>Infraestructura</b> | <b>Equipamiento</b> |
| CAIMI Playa Grande                                     | Si                                     | Si                                      | Si                  |
| C/S Resurrección                                       | Si                                     | No                                      | Si                  |
| C/S Ingenieros                                         | No                                     | No                                      | Si                  |
| P/S Afán                                               | Si                                     | No                                      | No                  |
| P/S Los Valles                                         | Si                                     | Si                                      | Si                  |
| P/S Santiago Ixcán                                     | Si                                     | No                                      | No                  |
| P/S Mayaland                                           | Si                                     | Si                                      | Si                  |
| P/S San Jose la 20                                     | Si                                     | No                                      | No                  |
| P/S Xalbal                                             | No                                     | Si                                      | Si                  |
| P/S Tzetun                                             | No                                     | Si                                      | Si                  |
| P/S San Lucas                                          | No                                     | No                                      | Si                  |

Un total de diez servicios de salud han sido objeto de fortalecimiento.

El área de salud tiene una red de servicios distribuida en todo el territorio. El fortalecimiento apoyado ha permitido consolidar esta red.

La contratación de recursos humanos ha sido una demanda permanente de la población, que manifiesta satisfacción por la contratación de personal, sobre todo para los puestos de salud. Con apoyo del proyecto se ha contratado 21 recursos: 5 enfermeras profesionales, 11 auxiliar de enfermería, 1 Técnico de laboratorio, 1 Técnico de Rayos X, 1 contador, 1 gerente de provisión de servicios, 1 técnico en salud escolar. El fortalecimiento de recursos humanos estuvo dirigido a que el CAIMI de Playa Grande pudiese completar su personal de enfermería y laboratorio. Además poder abrir el servicio de rayos X. Por otro lado se buscó completar el personal en los centros de salud de la periferia y en algunos puestos de salud. A Julio 2007, este personal, con excepción de 5, ha sido contratado por el MSPAS. A pesar de

que no se trata de una plaza fija, sino de un contrato de tiempo definido, se espera que el MSPAS asegure el presupuesto necesario para mantener estos recursos en los servicios.

La prioridad en los trabajos de remozamiento fue asegurar condiciones para que el CAIMI pueda brindar servicios obstétricos y de encamamiento para niños y mujeres embarazadas. Aunque se realizaron también acciones de remozamiento en otros servicios, la mayor cantidad de fondos asignados para remozamiento (74%) fue invertida en el mejoramiento de la infraestructura del CAIMI de Playa Grande. Este mejoramiento incluyó la remodelación del servicio de rayos X, área de emergencia, área de farmacia y quirófanos. Además de pintura a todo el local.

El CAIMI de Playa Grande, está ubicado en antiguas instalaciones militares. Estas instalaciones se encuentran bastante deterioradas. La ejecución de los trabajos de remozamiento en el CAIMI no han contado con una asistencia técnica continua en aspectos de ingeniería, arquitectura, organización de servicios. Áreas que están recién remozadas tienen problemas, por ejemplo el techo en el área de emergencia/rayos X. El centro tiene problemas de abastecimiento de agua. Los ambientes no están siempre organizados de forma funcional, ordenada y que muestre que se trata de una infraestructura hospitalaria. El área de salud tiene planes de continuar trabajos de remozamiento en el área de consulta externa, cocina, y otros ambientes. El Equipo de evaluación considera que antes de decidir sobre trabajos adicionales en el CAIMI de Playa Grande debe de hacerse una re-valoración del alcance de la obras a ejecutar.

#### *2.1.3. Sistema de Referencia y Respuesta*

Se han realizado esfuerzos para asegurar un mejor funcionamiento del sistema de referencia y respuesta. Se han colocado carteles en las salas de emergencia y consulta externa haciendo énfasis en el respeto al paciente y se ha insistido con el personal en el uso de la boleta/instrumento del SIGSA para la referencia. El área refiere al Hospital de Cobán. Toma 3–4 horas en vehículo trasladar un paciente.

#### *2.1.4. Atención a la Madre*

Es visible la priorización y alineamiento de acciones que se realizan dentro y fuera del sector para la reducción de la muerte materna en toda el área de salud. Esta prioridad se refleja en la provisión de servicios, en el desarrollo de la infraestructura y servicios de apoyo de los establecimientos de segundo nivel, en el paquete de servicios básicos de primer nivel a través de la prestadora y en generación de información sobre la salud materna.

Se han realizado importantes esfuerzos en la implementación del modelo de las 4 demoras para la reducción de la muerte materna. Se vienen desarrollando acciones para que las mujeres, las familias, los líderes comunitarios, las comadronas y otros proveedores identifiquen las señales de peligro que ponen en riesgo la vida de las embarazadas, parturientas y puérperas; con este mismo enfoque se capacitó a las comisiones de mujer de la mesa de salud de Ixcán. Además, se han desarrollado acciones para que la toma de decisión en relación a quien y donde acudir por complicación sea oportuna, así también en preparativos para el traslado y cuidado de la casa y los hijos (ver planes de emergencia materna).

Adicionalmente se ha identificado acciones para fomentar la atención del parto limpio y seguro, facilitando para ello el maletín a 312 comadronas (en colaboración con UNFPA); que en opinión de la asociación de comadronas Vida Nueva, fue muy apreciado por este conglomerado.

En la provisión de servicios se identificó que se han mantenido coberturas de atención prenatal, suplementación con micro nutrientes y vacunación con TDA. Adicionalmente se ha registrado aumentos porcentuales de la atención del parto por personal médico de 18% en el 2005 a 25% en el año 2007. Persisten las dificultades para alcanzar coberturas adecuadas con el control post parto. Se realizan otras acciones que fomentan la salud materna con diferentes grados de avance (Planificación Familiar, Maternidad y Paternidad responsable, Prevención del cáncer cervico uterino).

Hay una leve reducción de la razón de la mortalidad materna cuando se compara el primer semestre de los años 2006 y 2007. Sin embargo, este valor del indicador aun los ubica entre los municipios que a nivel nacional mantienen una elevada razón de muerte materna.

#### *2.1.5. Atención al niño*

Se realiza coordinación entre el área de salud, distritos de salud, prestadora de servicios y la organización comunitaria para la provisión de servicios a la niñez. Se han documentó exitosos esfuerzos en la introducción de la vacuna pentavalente y alcance de coberturas útiles para todos los biológicos que forman parte del programa nacional de inmunizaciones.

Se trabaja en la implementación del CAIMI de Playa Grande, que también incluye el manejo de las principales emergencias del neonato y del infante. Otros esfuerzos orientados a la reducción de la mortalidad infantil están vinculados a los planes de emergencia comunitaria que se socializan en las 7 microregiones del Ixcán, el diplomado de normas de atención y la investigación de las muertes infantiles a través de la autopsia verbal.

En oposición a los esfuerzos que el área de salud realiza para la reducción de la muerte infantil, se registra un incremento en el número de muertes de este grupo etáreo cuando se compara con los años previos. Estas muertes han sido básicamente causadas por infecciones respiratorias y por deshidratación secundaria a enfermedad diarreica aguda. Durante la evaluación se identificó como prioritario la realización de esfuerzos para determinar las causas de este incremento e implementar las medidas de control necesarias.

#### *2.1.6. Programas de control de la Violencia Sexual, VIF/Violencia Basada en Género, VBG y Salud Mental*

Los componentes del programa de salud mental, Violencia Intrafamiliar y Basada en Género y Violencia Sexual se encuentran en proceso de implementación. El Area de salud reporta haber capacitado a personal institucional y comunitario en diversos temas como por ejemplo protocolos de atención (drogadicción y alcohol), atención integral a personas afectadas por violencia. Asimismo se reporta haber capacitado a maestros, padres de familia y alumnos de 26 escuelas e institutos del municipio en la identificación de signos de alarma y como brindar apoyo emocional a las víctimas de violencia.

Se ha implementado la atención clínica de psicología en el Centro de Salud de Playa Grande, en donde se brinda atención por demanda o por referencia de la red. Se tienen caracterizadas las principales causas de morbilidad psicológica. No se identificaron acciones coordinadas a través de redes comunitarias y el abordaje intersectorial esta limitado a salud y educación.

#### *2.1.7. Medicina Tradicional y Popular*

Desde el año 1998 la Pastoral de la Salud Comunitaria (PASCOMI) inicio la formación de promotores en medicina tradicional y popular conformando el primer grupo de 25 promotores. Esta red es reconocida por el area de salud en el año 2000 y pasa a formar parte de la junta directiva de la Mesa de la Salud de Ixcán.

Actualmente, PASCOMI ha conformado una red de 70 promotores de medicina tradicional, poseen 14 huertos comunitarios, un laboratorio para el procesamiento de las plantas, una farmacia y tres clínicas para la atención de pacientes en donde se prescriben tratamientos con plantas medicinales y otras alternativas terapéuticas.

Durante la visita de evaluación se identificó buena relación con el Area de Salud y el interés mutuo de coordinar la implementación de terapias de medicina popular y tradicional en los servicios del MSPAS en donde PASCOMI podría abastecer de productos al área de salud. En opinión de este grupo, la medicina tradicional y popular se encuentra arraigada en la población, es decir, es ampliamente aceptada por la comunidad.

Otro aspecto importante es que se ha identificado interés en conocer otras prácticas de medicina alternativa y capacitarse sobre ellas, situación que puede quedar satisfecha si se coordina con la cooperación cubana, quienes tienen un médico formado y con experiencia en este campo, pudiéndose considerar potencialmente el desarrollo de un diplomado.

Un aspecto que cabe destacar es que esta red de promotores es un importante socio para la búsqueda de encuentros y mediación entre los servicios de salud y los terapeutas tradicionales.

Se ha capacitado a un profesional del distrito de salud sobre el vademécum de plantas medicinales, pero aun no se concreta la introducción de terapias como opción de tratamiento.

#### *2.1.8. Acceso a Medicamentos*

Al igual que en el resto del país, el Área de Salud de Ixcán se identifica el acceso a medicamentos como un problema no resuelto a pesar de algunos avances.

En las comunidades en donde existe la extensión de cobertura, se cuenta con botiquines de medicamentos básicos dotados con un total de 25 productos principalmente orientados a la salud materno-infantil cada uno. La comunidad tiene acceso a la mayoría de estos botiquines únicamente cuando hay consulta del equipo básico de salud en el centro de convergencia de su comunidad.

El área de salud y distritos desconocen el apoyo que el proyecto Asdi III ha brindado a la implementación de botiquines rurales y no hay ninguna coordinación entre el área de salud y PROAM para determinar en que lugares se considera prioritaria la ubicación de estas ventas sociales o botiquines. Se identificó que la Asociación de Comadronas Vida Nueva – ASOCVINU tiene instalada una venta social de medicamentos en el casco urbano del municipio y adicionalmente han implementado 24 botiquines rurales en igual número de comunidades, los que son abastecidos desde la venta social.

A nivel de servicios de salud, se ha reportado el abastecimiento insuficiente de algunos productos medicinales y farmacéuticos.

#### *2.1.9. Sangre Segura*

En el distrito de salud se cuenta con parte del equipamiento para el funcionamiento del depósito de sangre y derivados; adicionalmente se cuenta con el recurso humano capacitado para esta función. Se realizan escasa promoción de la donación voluntaria de sangre a través de un volante informativo, pero la donación debe ser realizada en la ciudad de Cobán; lo que dificultará reclutar a un número significativo de donantes.

Al momento de la evaluación, en el CAIMI del Distrito de Playa Grande, no se cuenta con acceso a sangre segura; lo que afecta sus capacidades resolutorias. Es muy importante avanzar en este asunto dado que más del 50% de los casos de complicaciones obstétricas se han relacionado con la hemorragia post parto por diferentes causas.

## **2.2. Papel Rector del MSPAS**

### *2.2.1. Participación Intersectorial*

Una fortaleza de esta región del país es el elevado nivel de organización para la participación y promoción del desarrollo local. Producto de esta organización, existe la Mesa de Salud presidida por el concejal de salud de la municipalidad. Este es el espacio desde donde se realiza la coordinación intersectorial, se buscan recursos financieros e implementación de proyectos de salud.

Existe un plan de desarrollo municipal que en su capítulo de salud, involucra a todos los actores del sector y fuera del mismo; de este modo el Área de salud realiza coordinaciones con el Ministerio de Educación para la estrategia de Escuelas Saludables y los programas de Violencia Intrafamiliar y Salud

Mental; con la Iglesia Católica a través de la Pastoral de la Salud para la provisión de servicios de salud y de salud mental con prescripción de plantas medicinales.

La Municipalidad de Ixcán, en coordinación con FONAPAZ, realiza acciones de saneamiento del medio y proyectos de agua domiciliar, construcción de infraestructura de salud y equipamiento, además apoya las necesidades de traslados a las comunidades y referencias al Hospital de Cobán. Estas últimas también son apoyadas también por la Policía Nacional Civil si es necesario.

#### *2.2.2. Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos*

El área de salud ha nombrado recientemente un gerente de recursos humanos, ésta persona cuenta con estudios especializados en recursos humanos. El área ha elaborado un plan de desarrollo de recursos humanos para el periodo 2006–2009, el cual servirá de base para el desarrollo del trabajo de la gerencia de recursos humanos. El Plan aborda entre otros, aspectos administrativos, de capacitación y de valoración del desempeño.

#### *2.2.3. Coordinación de la Cooperación Externa a nivel de la DASI*

Se coordina la cooperación externa en área de salud y los proyectos entre sí. Las DASI cuenta con el apoyo de UNFPA que trabaja el tema de salud reproductiva y la reducción de la muerte materna; DDT/GEF-OPS; Proyecto Malaria; Proyecto Salud en Acción, los cuáles constituyen la cooperación para la reducción de la epidemia de malaria y forman parte de la Mesa de Cooperación para la reducción de la Malaria. El área de salud conoce de estos proyectos y fomenta la coordinación para asegurar que se complementen los esfuerzos y la cobertura geográfica.

En los servicios de salud también se cuenta con cooperantes cubanos con funciones de provisión de servicios, que son coordinados desde el distrito de Playa Grande.

Adicionalmente se ejecuta el proyecto de formación de 15 auxiliares de enfermería a través de “TELE WINTER”. Este proyecto se ejecuta con la cooperación de la Escuela de Enfermería de Cobán, la Fundación Guillermo Torriello, la Municipalidad de Ixcán y el Área de Salud.

### **2.3. Gestión Local**

#### *2.3.1. Planificación Participativa Local en Salud*

La mesa de salud de Ixcán es el espacio en donde convergen todos los actores que trabajan en salud. La mesa se reúne periódicamente. En estas sesiones de trabajo no solamente tiene lugar la planificación y coordinación de actividades en salud, sino también el monitoreo y seguimiento a las mismas. El municipio cuenta con un plan estratégico de salud, el cual contemplan entre otras, acciones de higiene y saneamiento ambiental, mejoramiento de infraestructura, apoyo a las redes de agentes comunitarios, prestación de servicios médicos, entre otros. El proyecto brinda apoyo para la realización de las reuniones de la mesa de salud.

#### *2.3.2. Monitoreo, supervisión y evaluación*

Para las acciones de monitoreo y supervisión del área de salud hacia los puestos la dirección del área de salud ha capacitado a 15 miembros del equipo de dirección del área para poder realizar el monitoreo y supervisión utilizando los instrumentos determinados por la antigua USME (Unidad de Supervisión, Monitoreo y Evaluación). Con este personal se conforman 3–4 equipos de monitoreo y supervisión a los puestos y centros de salud. En el año 2006, se logró realizar dos supervisiones a puestos en el año, en el 2007 se ha realizado una visita de monitoreo a los puestos y centros de salud.

La supervisión facilitadora por parte del nivel central hacia el área de salud no se ha realizado. Se han recibido visitas del nivel central para la certificación de las coberturas de vacunación SR.

### 2.3.3. *Gestión*

El área de salud ha avanzado en la puesta en marcha del nuevo Modelo de Gestión Integral. Se han conformado las cuatro gerencias: de prestación de servicios, recursos humanos, financiera y de salud y ambiente.

El equipo técnico del área de salud es un equipo cohesionado, motivado y comprometido con su trabajo y que muestra dominio las áreas técnico – programáticas que cada uno debe cubrir. Además es un equipo que trabaja en estrecha coordinación con las organizaciones locales comunitarias y gubernamentales. También existe una estrecha colaboración y coordinación con la prestadora de servicios. Todo esto resulta en espacios de comunicación que permiten detectar necesidades y problemas dando respuestas a los mismos en forma oportuna.

La planificación de las actividades del proyecto se realiza con participación de todo el equipo. El equipo del área de salud expresó que desearía una mayor flexibilidad de parte del proyecto con el fin de poder incluir en el POA del proyecto algunas actividades que ellos consideran necesarias y que se enmarcan dentro de los objetivos y resultados del proyecto.

## 2.4. **Participación Social**

### 2.4.1. *COCODEs, COMUDE y sus Comisiones de Salud.*

Con un alto nivel de organización se encuentran representados los órganos de coordinación de los COCODEs de primer y segundo nivel. Estos se agrupan en 7 microregiones que con sus respectivas mesas microregionales de salud, operativizan el análisis de los problemas de salud y la toma de decisiones, también a este nivel se ha motivado la organización para el traslado de pacientes.

La DAS de Ixcán ha socializado el modelo integral de salud al COMUDE y se le presentan los informes de ejecución presupuestaria, así como los avances de los distintos proyectos de salud.

Existe una red organizada para la participación en el municipio, sin embargo, no se logra identificar que las acciones de salud ya se encuentren adecuadamente socializadas y se evidencia dificultad para el alcance de algunos resultados; prueba de ello es que se ha elevado la mortalidad infantil, a expensas de muertes ocurridas en las comunidades, lo que aun evidencia dificultades en el abordaje de sus problemas de salud.

### 2.4.2. *Fiscalización y Auditoría Social*

Se realiza rendimiento de cuentas a la Mesa de Salud que tiene representación de todo el municipio. Estos ejercicios consisten en explicar como se encuentra la ejecución presupuestaria, los avances de los proyectos, los montos asignados y en algunos casos algunas decisiones que el área ha tomado.

Adicionalmente en el distrito de Playa Grande se cuenta con representantes del Sindicato de Salud, quienes han identificado y denunciado el desabastecimiento de algunos insumos y medicamentos. El Sindicato ha solicitado que los tomen en cuenta y que les den a conocer el monto y como se ejecutan los proyectos, situación que debe considerarse una oportunidad de involucrar a mas actores en la gestión participativa de la salud.

Existe una buena disposición y apertura del área para los procesos de auditoria social; es necesario avanzar en la conceptualización y alcances de este proceso y trabajar para que oriente la gestión y no se convierta en información mal utilizada.

### 2.4.3. *Planes de Emergencia Materno – Infantil*

La mesa de salud, los equipos básicos de salud, las comadronas y la comisión de mujer, han sido capacitados en la elaboración de los planes de emergencia familiar y comunitaria con el apoyo del proyecto.

Estos planes se basan en el modelo de las 4 demoras, que esencialmente busca reducir los retrasos que cotidianamente ocurren antes de llegar a un servicio de salud para la atención de las complicaciones de la madre o el niño.

Las comunidades luego de ser capacitadas elaboran un plan para el traslado de pacientes. Este plan, acordado en asamblea, define como van a evitar esos retrasos o demoras. Generalmente constituyen un fondo de emergencia para el traslado, el que luego otorgan en préstamo o donación a la familia que lo necesita.

También constituyen parte del plan de emergencia, la capacitación para reconocer las señales de peligro de la embarazada y el neonato. Esto con el fin de identificar cuando algo se salió de la normalidad y deben activar el plan. Con este mismo enfoque, desarrollan las capacitaciones de las comadronas.

#### *2.4.4. Participación de los adolescentes*

A través del programa de salud mental, que coordina la psicóloga del área de salud, se han desarrollado acciones de capacitación y sensibilización con los grupos de adolescentes en los siguientes temas: Maternidad y Paternidad Responsables, Embarazo en la Adolescencia, Alcoholismo, Drogadicción, Violencia intra familiar, Violencia basada en género, ITS y VIH/SIDA y Auto estima.

Aun no se destinan espacios amigables, ni se implementa la atención diferenciada de los adolescentes. Las acciones en este momento están basadas en dar información a estos grupos, generalmente en sus lugares de estudio.

#### *2.4.5. Escuelas Saludables*

Con avances incipientes se realizan acciones de organización, educación en salud, reducción de riesgos a la salud y hábitos higiénicos en escuelas del Municipio de Ixcán. Estas forman parte de la fase piloto de la estrategia que inició en el 2006 con 10 escuelas y que ahora ascienden a 12 lo que constituye el 7.5% del total de las escuelas del municipio, con una población escolar cubierta de 2,558 niños y niñas. En estas escuelas se realizó el diagnóstico de salud escolar, identificando que el 37% de los niños padecían de algún problema de salud, desde infecciones y parasitosis, hasta algunos problemas carenciales como la anemia.

Se capacita a través de metodologías entretenidas como títeres, piñatas, loterías y juegos de mesa en como prevenir las enfermedades y mantenerse sanos. Además, a los niños de 3er grado en adelante se les proporciona la guía del alumno, para el desarrollo de los 24 aprendizajes que promueve la estrategia.

Se han organizado Grupos de Acción en Salud – GAS – para identificar y tratar los criaderos de insectos y otros riesgos a la salud como las basuras, además se promueve la salud oral fomentando el cepillado frecuente y la aplicación de fluor. Se han desarrollado obras de teatro sobre la Malaria para la socialización de riesgos y cambio de comportamiento. Actualmente, 5 escuelas se encuentran en fase de nominación y 5 escuelas están próximas a acreditarse. Con apoyo del proyecto se ha dotado de basureros, depósitos de Agua y material didáctico a estas escuelas. A pesar de este avance significativo, durante la visita se evidencian importantes retos para que las escuelas puedan lucir saludables como la estrategia lo propone, así también se constituye en un reto ampliar la estrategia a un número mayor de escuelas considerando las ubicadas en las comunidades rurales. La estrategia se implementa con personal ubicado en la Dirección de Área de Salud de Ixcán.

## **2.5. Transferencia de Capacidades**

### *2.5.1. Análisis de la Ejecución Presupuestaria en la DAS*

La gerencia administrativa financiera de la DASI está conformada por un equipo de personas que incluye: un responsable, un encargado de almacén, encargado de compras, encargado de presupuesto, encargado de tesorería. Este equipo es responsable de la administración financiera tanto de los fondos

MSPAS como de los fondos Asdi. Adicionalmente, un contador ha sido contratado específicamente para llevar el control de los gastos del proyecto Asdi.

En el marco de la ejecución del proyecto han emitido 18 Cartas Acuerdo. Utilizan las normas SIAFI para la administración de los fondos. Al 30 de junio 2007, se ha ejecutado un total de Q 1,8 millones correspondiente al 92% de lo programado. El siguiente cuadro presenta un resumen de la ejecución financiera por tipo de gastos.

Es de anotar que la mayor ejecución presupuestaria (41%) se encuentra a nivel de la contratación de recurso humano, seguido de capacitaciones, lo que demuestra el compromiso que tiene la DASI en la disposición de un recurso humano idóneo y debidamente capacitado para la realización de sus funciones.

### 3. Lecciones Aprendidas en la DASI

- *Necesidad de asistencia técnica y seguimiento cercano a la ejecución de trabajos de infraestructura.* Las áreas de salud no cuentan con recursos humanos capacitados en el campo de infraestructura hospitalaria y por tanto requieren de asistencia técnica en todas las etapas de este proceso. Esto no se ha dado por ejemplo en los trabajos de remozamiento del CAIMI de Playa Grande, en donde se ha llevado a cabo un procesos de remozamiento parcial.
- *Recategorización de servicios parcial vs. Integral.* Los remozamientos en apoyo a re-categorización de servicios preferiblemente deberían apuntar a buscar como crear condiciones para que se pueda desarrollar integralmente esa nueva capacidad resolutive. El apoyo a procesos parciales tanto de complemento de la infraestructura, como de equipos o en recursos humanos no permite el desarrollo de una mayor y mejor capacidad resolutive, con una mejoría en la calidad y calidez de la atención. Este abordaje integral debe incluir entre otros, mejoramiento de infraestructura para que puedan prestarse la cartera de servicios que corresponde, complemento de recursos humanos e insumos conforme a la cartera de servicios, nueva organización del servicio, nuevos procesos internos, entre otros.
- El fortalecimiento de la medicina indígena requiere de la *búsqueda de interlocutores locales* para hacer contacto con los terapeutas tradicionales y de este modo buscar el desarrollo del sistema de salud indígena y alternativa.

### 4. Conclusiones de la Evaluación

- Se observan avances satisfactorios en el desarrollo de las acciones del proyecto, sobre todo en los aspectos relacionados con la atención materna e infantil, la colaboración intersectorial y la participación comunitaria.
- El trabajo que realiza el área de salud en conjunto con PASCOMI para promover medicina alternativa, uso de plantas medicinales y contacto con los terapeutas tradicionales es un trabajo que puede servir de ejemplo a otras áreas de salud.
- El equipo técnico de la DAS Ixcán es un *equipo que se encuentra en desarrollo*, con alta cohesión interna y motivación; abierto a coordinarse con los sectores y organizaciones comunitarias y a la fiscalización externa.
- El trabajo coordinado entre PSS y el segundo nivel junto con la organización comunitario, aseguró la obtención de coberturas útiles de vacunación.
- En Ixcán existen estructuras organizativas del nivel comunitario, microregional y del gobierno local para la integración de las instituciones del estado y sociedad civil; espacio que es muy importante para la presentación de las demandas de la comunidad y búsqueda conjunta de soluciones.

- El equipo de Área de Salud esta asumiendo funciones de prestación de servicios que le corresponden a las unidades proveedoras de servicios, en detrimento del desarrollo de las capacidades del nivel operativo, la sobrecarga de trabajo en el equipo del Área y la desviación de sus funciones.
- A pesar de los trabajos de remozamiento, persisten condiciones inadecuadas de infraestructura para la comodidad de los pacientes y los empleados del CAIMI de Playa Grande, posiblemente derivados de una insuficiente asistencia técnica y supervisión en este componente.

## 5. Recomendaciones

- *Asegurar la implementación integral del CAIMI de Playa Grande*, garantizando condiciones adecuadas para la atención y comodidad de los usuarios del servicio y los proveedores. Esto debe incluir además el área de consulta externa, cocina y la decisión que se tome en relación al encamamiento para adulto.
- *Continuar desarrollando y fortalecer aún más las acciones relacionadas con medicina tradicional, alternativa e indígena*. En el área de salud existen en estos momentos condiciones particulares que permiten dar un impulso importante a las acciones de medicina tradicional, alternativa e indígena. Existe un médico cubano con conocimientos en este campo, una red de promotores, aceptación de estas prácticas por la población, un laboratorio de producción de medicamentos. Entre otros, se puede considerar apoyo a las siguientes acciones: capacitación (diplomado) a los promotores de la red, fortalecer el laboratorio de producción (capacitación de personal en técnicas de producción, brindar capital semilla para compra de materia prima u otros insumos, ampliar la capacidad de producción, mercadeo, entre otros) de tal forma que pueda tener capacidad de abastecer los servicios de salud, de terapias y de los terapeutas.
- *Promover un análisis de la productividad de los recursos humanos, por niveles y tipo de personal*, entre otros comparando lo que produce extensión de cobertura con la producción institucional, a fin de fomentar el balance y eficiencia en el trabajo.
- Tomar medidas inmediatas para que a la mayor brevedad el CAIMI de Playa Grande pueda tener *funcionando el depósito de sangre*.
- *Fortalecer la estructura y funciones del distrito de salud de Playa Grande*, de modo que le permita asumir las funciones naturales de un distrito de salud, que incluye su red de servicios integrados para la cobertura de la población de su territorio.
- *Incorporar el componente de salud y ambiente en el modelo integral de atención y gestión* (agua, saneamiento y desechos) priorizando en este caso las comunidades más alejadas de la cabecera municipal.

## Apéndice 6 Informe DAS AV, del Área de Salud Alta Verapaz

### Participantes

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS,  
Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS,  
Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi

### 1. Introducción

El proyecto “Modelo Integral de Salud desarrollado e Implementado sobre la base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local”, ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, de Guatemala con financiación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional – Asdi – y asistencia técnica de la Oficina Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS –, ha propuesto al Departamento de Alta Verapaz como uno de los beneficiarios en su ejecución.

El Departamento de Alta Verapaz está ubicado en la zona norte del país. La cabecera Departamental Cobán dista 214 Km. de la ciudad de Guatemala. El Departamento cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 8686 km<sup>2</sup>, y una población de 953,193 habitantes. El territorio está dividido en 16 municipios, el más cercano está ubicado a 11 kms. de la cabecera departamental y el más lejano a 155 Km. La población rural se estima en el 80%. Un 93% de su población es indígena. En rango de personas que encuentran por debajo de la línea de pobreza se encuentra entre 53% en el municipio de Cobán y 92% en el municipio de Senahú. La tasa de alfabetismo es del 52% con una relación de alfabetismo masculino/femenino es 1.4.

Entre las principales causas de mortalidad infantil en el área de salud se encuentran las neumonías y las enfermedades diarreicas. Las principales causas de muertes maternas incluyen: retención placentaria (55%), hemorragia pre y post parto, aborto incompleto, ruptura uterina, restos placentarios, sepsis, eclampsia.

En reunión tripartita de MSPAS – Asdi – OPS/OMS de marzo 30 de 2007, se acordó realizar una evaluación externa del proyecto en el mes de julio de 2007 con el fin de conocer el grado de avance en la ejecución del proyecto, identificar oportunidades de desarrollo para facilitar el logro de los resultados propuestos e identificar posibles estrategias de cooperación internacional futuras. Indevalop, Suecia fue contratado para realizar esta evaluación quien designó a un equipo de consultores externos para la ejecución de la misma.

El equipo de evaluación elaboró una propuesta de cronograma de trabajo que fue presentada para su aprobación al Sr. Ministro de Salud y a su equipo técnico. Como parte de este programa se realizó una visita de campo al área de salud de Alta Verapaz. La visita a Alta Verapaz incluye reunión de trabajo con el Director de Área y el equipo técnico de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, DASAVI. Además se visitaron los distritos de San Cristóbal, Santa Cruz de Verapaz y Lanquín. En todos los municipios se sostuvo sesiones de trabajo con el equipo técnico del distrito, representantes comunitarios, representantes de otros organismos que trabajan en acciones de salud.

La visita al área de salud concluyó con una sesión de trabajo en la cual participaron el Director del área y su equipo técnico. En esta sesión de trabajo se realizó una discusión sobre hallazgos preliminares. También sirvió para profundizar en algunos temas y presentar algunas recomendaciones preliminares para el mejoramiento de las intervenciones del proyecto y el logro de los resultados propuestos.

## 2. Hallazgos de la Evaluación en la DASAV

### 2.1. Modelo Integral de Salud

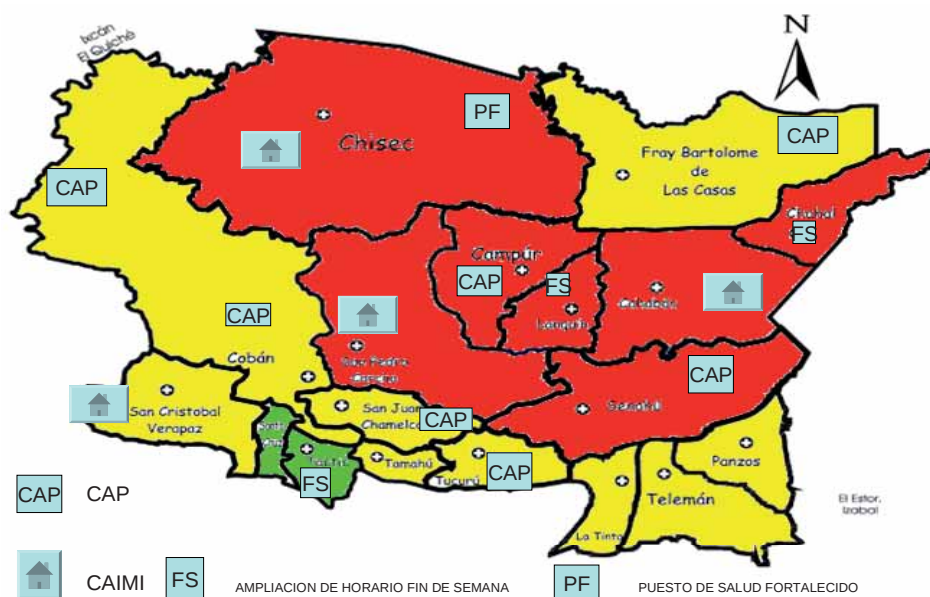
#### 2.1.1. Línea Base

El estudio de línea base se utiliza como referencia para analizar la tendencia y cambios en los indicadores del proyecto y particularmente los indicadores de cobertura, morbilidad y mortalidad. El estudio abordó aspectos socio-económicos y culturales que podrían haber sido útiles para orientar estrategias de ejecución del proyecto. Desafortunadamente no se aprovechó para este fin.

#### 2.1.2. Recategorización de los servicios

En 2005 con apoyo del proyecto se realizó la recategorización de los servicios utilizando la metodología de Hanlon. Para implementar los resultados de la recategorización, el área de salud hizo una propuesta de trabajar en 16 unidades de salud. Debido a las restricciones presupuestarias esta propuesta se redujo a 6 unidades de salud en las que se efectuaron acciones de remozamiento de la infraestructura, complementar los recursos humanos y compra de equipo. Además se realizó un diagnóstico de la situación de infraestructura de los 11 servicios restantes y se tiene un estimado de los costos que se requieren para realizar el remozamiento de estas 11 unidades. El área de salud se ha planteado movilizar recursos para lograr completar los trabajos necesarios para mejoramiento de infraestructura en estos 11 servicios al año 2015.

#### Estratificación de Muertes Maternas 2000–2005, Mapa Servicios de Salud Fortalecidos



Con fondos del proyecto se han contratado 11 recursos, principalmente para fortalecimiento del equipo del área de salud (9) y del CAIMI de San Cristóbal de Verapaz (2).

No siempre los esfuerzos de recategorización de servicios han sido acompañados de complementariedad de insumos médicos, particularmente medicamentos. Esto provoca una sub-utilización de la capacidad instalada tanto estructura física como recursos humanos. Por ejemplo en el CAIMI de San Cristóbal, en donde hay recursos humanos e infraestructura que puede brindar la cartera completa de servicios del CAIMI, pero que no lo hace por deficiencias en el abastecimiento de insumos médicos.

#### 2.1.3. Sistema de Referencia y Respuesta

Entre los esfuerzos que realiza el área de salud para poner en marcha el sistema de referencia y respuesta se pueden mencionar: la elaboración de una boleta de referencia y respuesta que está siendo utiliza-

da por los servicios, búsqueda de apoyo con las autoridades municipales para garantizar los traslados y organización de las comunidades para el traslado principalmente de las embarazadas (para asegurar la atención oportuna en caso de riesgo y evitar la muerte materna).

#### *2.1.4. Atención a la Madre*

El área de salud tiene como prioridad la reducción de muerte materna. La razón de mortalidad materna es una de las más altas del país; una serie de esfuerzos y estrategias se llevan a cabo para abordar este problema. En atención prenatal se han planteado alcanzar coberturas de atención prenatal de acuerdo a la norma de atención; para este fin se identifican principalmente estrategias de oferta de servicios en el primer nivel de atención a través de la extensión de cobertura por la prestadoras y administradoras de servicios de salud, capacitación de los equipos básicos de salud con énfasis en la comadrona y acciones de IEC. Por otro lado las coberturas realizadas a partir del segundo nivel se basan en la demanda de servicios. Las coberturas de atención prenatal, por oferta y demanda en el 2,006 fue de 76% que representa la captura de más de 36,000 embarazadas.

La proporción de partos atendidos por el personal médico aun es muy bajo; predominan la atención domiciliar, principalmente por comadronas, empíricos (esposos, otros familiares) y la misma embarazada. Una iniciativa innovadora es la introducción de la enfermera obstétrica maya en los equipos básicos de salud; este personaje tiene como función la captura temprana de la embarazada, la capacitación de la comadrona y el fomento de la atención del parto limpio y seguro; todo esto con enfoque de adaptación cultural y basado en competencias.

En otras acciones para la reducción de la mortalidad, se pudo percibir que se realizan esfuerzos coordinados dentro y fuera del sector para el desarrollo del plan departamental de reducción de muerte materna. En este participa el Consejo Departamental de Salud y la Comisión de reducción de muerte materna, las alcaldías, ONG's y Cooperación externa. Es necesario comentar que se que se ha orientado la cooperación de UNFPA en los procesos de capacitación de las comadronas, la cooperación de Mercy Corps en los procesos de participación y fortalecimiento de los órganos de coordinación de los COCODES y COMUDES.

La estrategia operacional del plan de reducción de la muerte materna se basa en una intensa campaña de información y comunicación a la población para implementar el modelo reducción de las 4 demoras, principalmente en el reconocimiento de las señales de peligro por la embarazada, la familia y la comadrona; así como el desarrollo de planes de emergencia a nivel de la familia y la comunidad. Estos planes sirven para accionar pro activamente en el abordaje de las posibles complicaciones, fomentando la discusión en la familia a donde, cuando acudir y como trasladarse a ese lugar en caso de complicaciones.

Se realiza la vigilancia epidemiológica de la muerte materna, utilizando para ello la autopsia verbal y se promueven los comités de análisis de la muerte materna. Se tiene identificadas las principales causas de mortalidad materna consistentemente están relacionadas con las complicaciones que causan hemorragias como la retención placentaria, los abortos incompletos, atonías uterinas y se han identificado cuatro municipios en los que se dan el 50% de los casos de muerte materna (Clúster). Se inicia el análisis de rutas críticas y "Vidas Salvadas" para dar realimentación a los planes de emergencia. Todavía alta, pero se muestra tendencia al descenso gradual de la razón de la mortalidad. (Ver sangre segura).

En el desarrollo de planes de emergencia también se coordina el trabajo con instituciones como la pastoral de la salud y tras ONG's.

#### *2.1.5. Atención al niño*

Al igual que la salud materna, la salud del niño es una prioridad para el área de salud. Los esfuerzos en el primer y segundo nivel han producido coberturas útiles de vacunación en los diferentes biológicos. Se introdujo con éxito la vacuna pentavalente y se hizo un esfuerzo muy intenso y de movilización de

muchos sectores para alcanzar las metas en la vacunación de la SR. Se incorporó nuevo software para vigilancia del programa de inmunizaciones.

El equipo de promoción con una estructura muy fuerte en el área de salud, asesora a los diferentes programas para la definición y adaptación de materiales y estrategias de IEC, en las que se incluyen temas de salud infantil. Se apoya la definición de los planes de promoción de los distritos y se brinda acompañamiento a actividades especiales, así también la supervisión facilitadora a este componente.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad son las infecciones respiratorias y diarreicas.

#### *2.1.6. Programas de control de la Violencia Sexual, VIF/Violencia Basada en Género, VBG y Salud Mental*

Otra de las áreas que se visualiza con más desarrollo en el área de salud de Alta Verapaz es la de Salud Mental. El equipo de 4 personas que fue fuertemente apoyado por el Proyecto Asdi III, coordina las acciones de salud mental. Este equipo desarrollan y coordinan acciones en este programa que incluyen el trabajo con niños a través de las escuelas saludables; el trabajo con adolescentes a través de IEC en los institutos y espacios amigables del adolescentes; a nivel departamental se desarrollan acciones en el marco de dos comisiones la de mujer, de género y la comisión de Violencia (VIF/VBG) en esta última se realiza la construcción de un albergue para las víctimas como parte del modelo integral, además provee atención por casos detectados y referidos por el primer y segundo nivel del 55% de los distritos. Se ha elaborado boleta para referencia de casos de Salud Mental, aun pendiente su impresión.

Se han socializado las normas de salud mental hacia el primero, segundo y tercer nivel de atención, haciendo un total de 266 personas que incluyen los 18 distritos de salud y 5 prestadoras de servicios, además se realiza la atención clínica en la cabecera departamental y las referencias de los distritos. El programa brinda educación y atención psicológica a través de los EPS<sup>1</sup> de Psicología.

La DAS socializo los protocolos de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y violencia basada en género aun total de 562 personas de los distritos de salud y líderes comunitarios. En estos esfuerzos participan la Policía Nacional Civil, la ONG Mujeres Mayas, PRODEVER, SOCEP, Procuraduría general de la nación, los EPS de Psicología, entre otros.

En la vigilancia epidemiológica debe destacarse que hay un avance incipiente al haberse incrementado el registro de casos de violencia en el sistema de información gerencial en salud – SIGSA.

Se han realizado diferentes actividades de promoción de la salud mental: caminatas, foros, grupos de Mujeres, ferias; con un alcance potencial de más de 4,000 personas.

#### *2.1.7. Participación de los adolescentes*

Las estrategias identificadas para este grupo están relacionadas principalmente con la creación de espacios amigables y la atención diferenciada de los y las adolescentes. En la primera, no se identificó la existencia de espacios en los servicios de salud; por tanto se negocian espacios no permanentes con otros actores sociales como las iglesias o algunos espacios en los servicios no exclusivos ni permanentes. Se ha realizado diagnóstico de necesidades de los adolescentes y con esta información se construyó un currículo de trabajo.

Se han realizado reuniones de sensibilización para la promoción de la salud del adolescente. Aun no se realiza la atención clínica diferenciada de los y las adolescentes.

El equipo evaluador considera que se pueden realizar visitas cruzadas con algunos distritos de Quiché, para conocer sus experiencias con el trabajo de adolescentes (se sugiere el distrito de Canilla); además es necesario considerar intervenciones a este grupo en un espacio técnico más amplio con abordaje

---

<sup>1</sup> Ejercicio Profesional Supervisado

multisectorial, que propicie el empoderamiento de los adolescentes y jóvenes, que trascienda a las necesidades de salud y que motive la autogestión.

#### *2.1.8. Medicina Tradicional y Popular*

La DASAV ha informado a los distritos de salud sobre la implementación de dos terapias de medicina tradicional como son las Hojas de Ixbut y Hojas de Guayaba. En las visitas a los distritos se informó que únicamente se recetan para que los busquen en la comunidad y que en algunos casos por cuestiones de clima no se pueden cultivar localmente. Además se informó el laboratorio de plantas medicinales del municipio de Lanquín, prácticamente desapareció.

En este componente se hace necesario contar con los recursos fitoterapéuticos en los servicios de salud, situación que podría viabilizarse con el apoyo de la asociación de Desarrollo Integral Oxlaju Q'anil si este desarrollara las capacidades de producción requeridas; situación que puede ser apoyada desde el Área de Salud.

#### *2.1.9. Acceso a Medicamentos*

Al igual que en el resto del país, es una necesidad en los servicios de salud y en las comunidades.

A través de la extensión de cobertura se habilitan botiquines de medicamentos básicos en los centros de convergencia; con un total de 25 productos; a los que generalmente la comunidad accede el día de la visita del médico o enfermera ambulatoria. Los facilitadores comunitarios son abastecidos con dos medicamentos según nos informaron. En opinión de los equipos básicos de salud, las comunidades perciben que no se les atiende, porque no hay medicamentos para el adulto enfermo.

Existe el comité de análisis de medicamentos y suministros, quienes identifican las necesidades en cantidad y tipo; a pesar de ello no hay una nueva cartera de medicamentos en correspondencia a la nueva cartera de servicios para aquellos lugares en donde se ha avanzado en la recategorización; este problema se aduce a las normas de ese nivel que restringen el listado de medicamentos; lo que finalmente resulta en que no se aumenta la capacidad resolutive y aumentan las referencias de caos que deberían resolverse a ese nivel.

En aquellos lugares donde existe plan municipal, no se tiene contemplado el tema de medicamentos.

En algunos municipios se identificaron ventas sociales de medicamentos apoyados por PROAM.

#### *2.1.10. Sangre Segura*

A pesar de ser una prioridad en el departamento por las causas de mortalidad materna y la epidemia de VIH sida, aun no se dispone de los mecanismos funcionando para garantizar el acceso a sangre segura en los sitios donde hay capacidad resolutive.

Es una necesidad de la región priorizar la implementación de los depósitos de sangre y el Banco de sangre regional, así también el desarrollo del programa del donante voluntario; una parte de la capacidad resolutive de los servicios recategorizados esta relacionada con la posibilidad de atender la emergencia obstétrica.

### **2.2. Papel Rector del MSPAS**

#### *2.2.1. Participación Intersectorial*

Son diversas las actividades que a nivel departamental y municipal se coordinan con otros sectores entre las que destacan la coordinación con Ministerio de Educación en el programa de escuelas saludables y trabajo con adolescentes. En el sector justicia, para el tema de Violencia (ver salud mental); En el tema de seguridad alimentaria y nutricional se identifica coordinación con la SOSEP a través del programa Creciendo Bien. Con algunas municipalidades hay buena colaboración y coordinación para

apoyos varios como trabajos de infraestructura y apoyo a la referencia. Además con mucha participación de ONG's y Cooperantes se coordina y capacita a los COCODE's y COMUDE's.

Otro aspecto relevante es que han logrado incluir a algunas empresas privadas en estas iniciativas así como los medios de comunicación.

#### *2.2.2. Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos (RRHH)*

El área de salud cuenta con un gerente de recursos humanos. Este todavía concentra en gran medida sus funciones en los aspectos relacionados con administración y gestión de personal.

Con apoyo del proyecto se realizó el diplomado de normas de atención para personal de los servicios y se tiene planificado trabajar en aspectos relacionados a conocer el grado de aplicación de las normas. También se elaboró el plan de desarrollo de recursos humanos para el periodo 2007–2009 que sirve de base para la planificación de acciones relacionadas con capacitación del personal. Todavía no se hace un abordaje tendiente a evaluar el desempeño de los recursos humanos.

El área de salud tiene déficit de recursos humanos, principalmente médicos.

#### *2.2.3. Coordinación de la Cooperación Externa a nivel de la DASAV*

El área de salud ha dedicado grandes esfuerzos para coordinar y complementar acciones con otros actores que trabajan en salud en el departamento. Se tiene un mapa de la cooperación externa en el departamento y se ha conformado la mesa de salud a nivel departamental. Además de establecer coordinaciones con otros proyectos de cooperación internacional (UNFPA), hay mucha cooperación con ONGs.

La cooperación con las ONGs ha sido muy valiosa y complementaria sobre todo en lo que se refiere a organización y seguimiento a la organización comunitaria. En los tres distritos visitados pudimos observar en terreno las sinergias entre los servicios institucionales y las ONG y grupos organizados existentes en el distrito.

### **2.3. Gestión Local**

#### *2.3.1. Planificación Participativa Local en Salud*

Con apoyo de ONGs y otras instancias de gobierno, se refuerzan la planificación de acciones desde la comunidad. A nivel de municipio se elaboran planes municipales de salud. Los proyectos de salud, están principalmente relacionados con infraestructura y equipamiento, los aspectos de higiene y saneamiento ambiental están poco visibles en estos planes.

Existe un plan departamental de salud con vistas al año 2015.

#### *2.3.2. Monitoreo, supervisión y evaluación*

El área de salud ha elaborado una boleta de supervisión a los distritos que incluye aspectos programáticos, administrativos y de coordinación con otros actores. Se trata de realizar al menos una supervisión al año, pero a veces esto no se logra por la sobrecarga de trabajo y la interferencia de acciones no planificadas o definición de otras prioridades. Por ejemplo, durante el primer semestre de 2007, la vacunación SR fue la prioridad para toda el área y todos los esfuerzos se volcaron hacia esta actividad. El área de salud se propone poder sistematizar estas supervisiones a los distritos de forma trimestral, para combinar la supervisión con el monitoreo del cumplimiento de los compromisos de gestión por trimestre.

Cada distrito tiene un padrino (un miembro del equipo técnico). Este padrino sirve de enlace entre el distrito y el área y da seguimiento más cercano a su respectivo distrito. Apoya al distrito en la búsqueda de soluciones a la problemática que se presenta. Por ejemplo la madrina del Distrito de San Cristóbal ha facilitado la búsqueda de soluciones para complementar el abastecimiento de medicamentos del CAIMI.

No se reportan acciones de supervisión facilitadora por parte del nivel central hacia el área de salud. El área reporta visitas de supervisión por parte del nivel central durante la campaña de vacunación SR.

### 2.3.3. *Gestión*

El equipo del área de salud se manifiesta como un equipo cohesionado y comprometido. Existen las cuatro gerencias definidas por el modelo de gestión. La gerencia de servicios se ha consolidado y juega un papel muy importante en asegurar la coordinación entre los programas y el apoyo a los distritos.

Como apoyo a la gestión, funcionan de manera regular los consejos técnicos de área y de distrito.

Con apoyo del proyecto se ha incrementado el personal del área de salud, principalmente para fortalecer las acciones de promoción en salud y salud mental.

En cuanto a la gestión del proyecto, los entrevistados demandan mayor flexibilidad para poder incluir algunas actividades identificadas por los distritos.

## 2.4. **Participación Social**

### 2.4.1. *COCODES, COMUDES, CODEDE y sus Comisiones de Salud*

Vincular a la comunidad, sigue siendo uno de los grandes retos en la gestión de la salud. La DASAV en gran medida por el trabajo organizativo que hacen las ONGs y la coordinación con los equipos de extensión de cobertura realiza capacitación a COCODEs y COMUDES, principalmente para la elaboración y puesta en marcha de los planes de emergencia. En estas actividades han participado 723 personas.

Además este vínculo se plantea muy estratégico al momento de presentar proyectos ante el consejo de desarrollo municipal y departamental.

### 2.4.2. *Fiscalización y Auditoría Social*

Apoyados por la institución Mercy Corps y la UAT<sup>2</sup>, se han capacitado a comités para la auditoría social; para este proceso se usa el manual de auditoría social a los servicios de primer nivel de atención. Las auditorías se realizan a la prestación de los servicios y la existencia de recursos para la misma a través de los usuarios y comisiones de la comunidad. El puntaje que se saca en la auditoría debe generar un plan de acción para ejecutarse anualmente y se vincula a recibir o no el incentivo por desempeño al Equipo Básico de Salud.

Adicionalmente con el apoyo de la Pastoral de la Salud se ha realizado el estudio de Satisfacción de usuarios, pendiente la socialización de los resultados.

### 2.4.3. *Planes de Emergencia Materno – Infantil*

Una de las acciones más visibles en el Área y los distritos es la movilización y participación social por la reducción de la mortalidad materna y para este propósito el MSPAS fomenta la implementación de los planes de emergencia familiar y comunitaria. Actualmente es común en el lenguaje de los distritos, extensión de cobertura, personal comunitario y las ONG's hablar sobre los componentes y objetivos de estos planes.

Es necesario destacar el apoyo técnico y operativo que la DASAV recibe en la facilitación de estos planes en las comunidades y los comités municipales de salud por parte de las ONG's; lo que es una fortaleza, que debe maximizarse, desarrollando la estructura y habilidades para darle seguimiento. Otro avance identificado es que se está trabajando en documentar los resultados de estas referencias oportunas a partir del plan de emergencia.

---

<sup>2</sup> Unidad de Apoyo Técnico de Área

Además se han realizado acciones para la visibilización del problema de muerte materna a través de foros y caminatas.

#### 2.4.5. Escuelas Saludables

Otra acción muy prioritaria para la DASAV es el trabajo de promoción de la salud que se realiza con el grupo de los escolares a través de la estrategia de Escuelas Saludables. Con el apoyo de PROEDUSA se ha dotado manuales de la estrategia para alumnos y maestros en la se encuentra contenidos 24 aprendizajes.

Actualmente se trabaja con 27 escuelas en los 16 municipios, de las cuales 9 están nominadas para certificación; en la que se han elegido y capacitado a 392 Facilitadores Escolares de la Salud y se han entregado 191 guía a igual número de maestros.

Uno de los elementos que debe concretarse en la estrategia es como ponderar los diferentes criterios para la certificación de escuelas y definir si son los mismos criterios para escuelas urbanas y rurales.

### 2.5. Transferencia de Capacidades

#### 2.5.1. Análisis de la Ejecución Presupuestaria en la DAS

En el marco de la ejecución del proyecto han emitido 22 cartas de acuerdo por un monto de Q 4,329,720.40 Al 30 de junio 2007 se ha ejecutado un total de Q4,065,878.52 correspondiente al 93.91% de lo programado.

En la tabla 1 se aprecia que las proporciones mas grandes de gasto se encuentran en la contratación de recursos humanos, seguido de los gastos en vacuna y equipamiento. Se utilizan las normas SIAFI para la administración de los fondos.

El contador del área de salud ha elaborado un software para control administrativo de los fondos. Esto le facilita tener el control y oportunidad de la información.

**Tabla 1 Montos ejecutados DASAV, Ejecución presupuestaria al 30 de junio del 2007 (Monto en Quetzales)**

| Tipo de gasto    | Monto ejecutado      | Porcentaje   |
|------------------|----------------------|--------------|
| Capacitaciones   | Q235,455.41          | 5.8          |
| Recursos Humanos | Q1,634,367.57        | 40.2         |
| Infraestructura  | Q255,122.22          | 6.3          |
| Equipamiento     | Q762,923.64          | 18.8         |
| Vacunas          | Q798,235.34          | 19.6         |
| Otros            | Q379,774.34          | 9.3          |
| <b>Total</b>     | <b>Q4,065,878.52</b> | <b>100.0</b> |

### 3. Lecciones Aprendidas en la DASAV

- Organización de las acciones de promoción. El modelo organizativo adoptado por el área de salud para coordinar y desarrollar capacidades en los distritos para realizar acciones de promoción podría ser útil a otras áreas de salud. Sería conveniente organizar un intercambio de experiencia sobre el desarrollo de acciones de promoción entre las diferentes áreas de salud.
- El acompañamiento y seguimiento a las organizaciones comunitarias es fundamental para asegurar la continuidad de las mismas y la búsqueda de contenidos de trabajo. En Alta Verapaz, las ONGs realizan el trabajo de organización y acompañamiento por un tiempo de los comités de salud a nivel comunitario. Mientras este acompañamiento permanece y hay un proyecto en torno al cual trabajar

la organización se mantiene activa. Cabe reconocer las limitaciones (principalmente recursos humanos) que el MSPAS tiene en los distritos para poder acompañar los procesos de organización y fortalecimiento de la participación comunitaria. Deberán buscarse mecanismos innovadores para asegurar el seguimiento y acompañamiento necesario a estas estructuras.

- Trabajo con escolares. El trabajo con escolares permite las oportunidades para abordar temas importantes que no se discuten en el hogar, permite romper mitos, promover cambios de conducta y estilos de vida saludables. Se debe reflexionar sobre el rol que corresponde al MSPAS en este campo. Se hace necesario visualizar espacios para el desarrollo integral de los y las niños y adolescentes en donde se busca su empoderamiento y en donde el sector salud participa con sus contribuciones propias, pero que no es el único impulsor de estos.

#### **4. Conclusiones de la Evaluación**

- El área de salud está realizando esfuerzos importantes para reducir la mortalidad materna. Este tema se convierte en un eje alrededor del cual se desarrolla un buen número de actividades. Este esfuerzo concentrado y dirigido ha logrado algunos resultados. El área sigue en la búsqueda de cuáles son las estrategias e intervenciones más adecuadas a la situación socio-cultural del departamento.
- El trabajo en equipo, la coordinación con actores relevantes y la búsqueda de sinergias dentro y fuera del MSPAS son características del trabajo que se desarrolla tanto a nivel de la dirección del área de salud como de los distritos.
- El área de salud de Alta Verapaz muestra avances importantes en el desarrollo de sus estrategias tanto para la promoción en salud, como para la coordinación de acciones de la cooperación. Estos logros deben de mantenerse y continuar desarrollando.
- La gerencia de la provisión de los servicios y la gerencia administrativa financiera se observan con buen grado de desarrollo. La gerencia de RRHH aun se percibe como la unidad de administración de personal. La gerencia de ambiente es incipiente.
- EL trabajo relacionado con la medicina popular, tradicional e indígena puede ser potenciado si se fortalecen aún más la colaboración con los actores existentes. Por ejemplo con las promotoras de San Juan Chamelco.

#### **5. Recomendaciones**

- *Funcionamiento integral de los servicios recategorizados fortalecidos con apoyo del proyecto.* Asegurar que al finalizar el proyecto todos los servicios recategorizados y que han sido fortalecidos con el apoyo del proyecto estén *funcionando plenamente conforme a la cartera de servicios que deben ofertar*, con los recursos humanos que deben tener, con el equipamiento e insumo necesario. Las condiciones de calidad y calidez de la atención deben de ser aseguradas también, asimismo condiciones de abastecimiento de agua, desechos, iluminación, ventilación, flujo de personas y revisión de la organización interna.
- *Fortalecer alianzas y brindar apoyo al grupo de promotoras de San Juan Chamelco.* El área de salud debe de aprovechar la existencia de este grupo para avanzar en los aspectos relacionados con la medicina popular y tradicional.
- *Disponibilidad de productos fitoterapéuticos en los servicios.* Para avanzar aún más en el esfuerzo de promover el uso de plantas medicinales, se recomienda poner en marcha una experiencia piloto en donde se puede tener acceso a estos productos en los servicios del MSPAS.

- *Asegurar provisión de insumos a los servicios de salud recategorizados conforme a su nuevo nivel de resolución.*  
Por ejemplo, se debe asegurar que el CAIMI de San Cristóbal reciba insumos médicos de acuerdo a este nivel de resolución.
- *Centro de convergencia fortalecido.* Facilitar mecanismos que permitan establecer ventas sociales de medicamentos en aquellos lugares en donde las comunidades lo demandan en estos momentos.  
Por ejemplo, en el centro de convergencia fortalecido de Pampalche.
- *Considerar la contratación de enfermeras obstetras mayas.* Dada la importancia de la reducción de la muerte materna para el departamento, se visualiza muy relevante la innovación que se realiza con la enfermera obstétrica maya para estos propósitos, recomendando el seguimiento a esta experiencia y posible ampliación.
- *Intercambio de experiencias con otras áreas.* Compartir las experiencias que el área de salud ha desarrollado en el marco del proyecto en los siguientes campos: a) organización y estrategias para la promoción de la salud y programas, b) la estrategia para la implementación de la recategorización y fortalecimiento de los servicios de salud y c) los controles administrativos del proyecto.
- Identificar los factores facilitadores del modelo de gestión local participativa de Santa Cruz Verapaz, y la posibilidad de replicarlo en otros municipios.

## Recent Sida Evaluations

- 07/38 The Policy Research Capacity Strengthening to Implement Vietnam's 2001–2010 Socio-economic Strategy Project**  
Adam McCarty, Mathew Greenwood, Tran Ngoc Diep  
Asia Department
- 07/39 Swedish Support to the Menstrual Regulation Program of Bangladesh**  
ZA Tahmina Sarker, Nazme Sabina  
Asia Department
- 07/40 Organisations in the Field of HIV/AIDS and Human Rights AIDS Consortium (AC) and AIDS Legal Network (ALN)**  
Carmel Marock  
Department for Africa
- 07/41 Institutional Cooperation between Furniture Technology Centre, South Africa and Tibro Training Centre, Sweden**  
Per Hellström, Philip Hirschsohn  
Department for Africa
- 07/42 The Red Cross – Lake Victoria Program (LVP) 2004–2006**  
Fred Opio, Per-Ulf Nilsson  
Department for Africa
- 07/43 Review of Development Cooperation between Sri Lanka Police and Swedish National Police Board**  
Knud Olander, Camilla Orjuella, Rohan Edrisinha  
Asia Department
- 07/44 Programme of Cooperation between the Government of Sri Lanka and UNICEF Final Report**  
Hugh Goyder, Alison Lochhead, Lalili Rajapaksa, Raghav Regmi, Frank Noij  
Asia Department
- 07/45 Swedish Support in the Education Sector in Zanzibar, 2002–2007**  
Mike Wort, Suleman Sumra, Paul van Schaik, Elifuraha Mbasha  
Department for Democracy and Social Development
- 07/46 Replicating the Model of Land Administration under the One Stop Shop (OSS) Mechanism in Five Provinces in the Central Region of Quang Tri Public Administration Reform (PAR) Project**  
Adam McCarty, Do Duc Hao, David Fallows, Nguyen Van Dinh  
Asia Department
- 07/47 Assessment of Comparative Advantages of Swedish ICT Support in Tanzania**  
Alan Greenberg  
Department for Africa
- 07/48 Sida Supported Infant and Young Child Feeding Networks. An Evaluation of Activities, Achievements and Aspirations**  
Kim Forss, Elisabeth Kylberg, Gaynor Maclean  
Department for Democracy and Social Development

### Sida Evaluations may be ordered from:

Infocenter, Sida  
SE-105 25 Stockholm  
Phone: +46 (0)8 779 96 50  
Fax: +46 (0)8 779 96 10  
sida@sida.se

### A complete backlist of earlier evaluation reports may be ordered from:

Sida, UTV, SE-105 25 Stockholm  
Phone: +46 (0) 8 698 51 63  
Fax: +46 (0) 8 698 56 43  
Homepage: <http://www.sida.se>







SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY  
SE-105 25 Stockholm, Sweden  
Tel: +46 (0)8-698 50 00. Fax: +46 (0)8-20 88 64  
E-mail: [sida@sida.se](mailto:sida@sida.se). Homepage: <http://www.sida.se>