



*“Acuerdo Nacional sobre la Implementación del
Gasto Social en la Reducción de la Pobreza”*

ACUERDOS

**MESA DE
SALUD Y NUTRICIÓN**

Guatemala, 13 de septiembre 2006

CONTENIDO

Presentación		
I.	Contexto del Acuerdo Nacional para la implementación del gasto social para la reducción de la pobreza	03
	A. Alcances de la mesa de diálogo	
	B. Representatividad en la mesa de diálogo	
II.	Análisis del Contexto Nacional	04
	A. Perfil epidemiológico de la salud y enfermedad en la población guatemalteca	
III.	Marco Legal	05
	A. Política Social del Gobierno	
	B. Objetivos del Milenio	
	C. Acuerdos de Paz	
IV.	Metodología de la mesa de salud y nutrición	07
	A. Principios Metodológicos	
	B. Lógica de Análisis para alcanzar Acuerdos	
	C. Fases y principales actividades del proceso de diálogo	
V.	Generalidades del acuerdo	10
	A. Principios del acuerdo	
	1. Integralidad	
	2. Equidad	
	3. Complementariedad	
	4. Pertinencia cultural	
	5. Enfoque de género	
	B. Áreas geográficas priorizadas	
	C. Áreas programáticas de intervención	
	1. Nutrición	
	2. Salud Reproductiva	
	3. Infecciones de Transmisión Sexual con énfasis en Virus de Inmunodeficiencia Humana	
	D. Áreas Estratégicas de Cambio	
	1. Recursos Humanos	
	2. Participación social	
	3. Organización del sistema y Modelo de atención	
	4. Presupuesto	
VI.	Acuerdos	12
VII.	Plan de implementación	14
VIII.	Recomendaciones generales	18

Referencias	19
Siglas y Acrónimos	20
Anexos	22
Anexo A Lista de Municipios prioritarios	
Anexo B Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (2005- 2015)	
Anexo C Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2004 – 2008)	
Anexo D Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS; VIH y SIDA (2006 –2010)	

Presentación

Este documento contiene información resumida sobre el proceso de deliberación y consenso de acuerdos desarrollado en la Mesa de Diálogo de Salud y Nutrición, en la cual participaron representantes de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad, que respondieron a la convocatoria hecha en mayo del 2006 por el Vicepresidente de la República en nombre del Gobierno de Guatemala.

La actividad forma parte del “**Acuerdo Nacional sobre la Implementación del Gasto Social en la Reducción de la Pobreza**” programado con el objetivo de: *“compartir, escuchar opiniones, conocer puntos de vista y alcanzar acuerdos respecto de los diferentes programas, proyectos y acciones que se requiere implementar en el corto plazo (2006-2007) para un más efectivo gasto social y lucha contra la pobreza y la inequidad en el país, de modo que se acelere el proceso previsto para alcanzar las Metas del Milenio y los Acuerdos de Paz”*.

Representantes de más de veinte entidades participaron en los talleres y reuniones que constituyeron espacios de análisis, reflexión e intercambio de ideas, planteamientos y propuestas alrededor del tema de salud en Guatemala. Tuvieron oportunidad de recibir información directa y actualizada por parte del Dr. Jaime Gómez, Viceministro Técnico de Salud, sobre las estrategias, políticas, planes y proyectos encaminados por el Ministerio de Salud; así como de otros funcionarios y especialistas invitados que disertaron sobre temas de igual importancia.

Durante las reuniones, se compartieron puntos de vista y propuestas para apoyar la toma de decisiones, también se intercambiaron diversas percepciones sobre la realidad nacional, como proceso relevante en un país plurilingüe y multicultural.

El diálogo facilitó la manifestación de necesidades, demandas y formas de solución en forma democrática. Se partió del reconocimiento de que el problema de la salud y la nutrición va más allá del Sector Salud-Ministerio de Salud; y debe ser abordado de manera integral y con amplia participación ciudadana, con municipalidades y consejos de desarrollo, entre otros. Las deliberaciones permitieron arribar a varios acuerdos incluidos en el presente documento y presentados al Presidente de la República el 13 de septiembre del 2006 para su incorporación en el “Acuerdo Nacional sobre la Implementación del Gasto Social en la Reducción de la Pobreza”

Las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil que estuvieron representadas en la Mesa de Salud y Nutrición son:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, Programa Creciendo Bien, de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Secretaría Presidencial de la Mujer, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Oficina Nacional de Servicio Civil, Universidad Rafael Landívar, Escuela Nacional de Enfermería, servidores públicos del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital de Mazatenango; Alianza Evangélica de Guatemala, Asociación de Estudiantes

Universitarios de la Universidad de San Carlos de Guatemala (AEU), Asociación Flor del Naranjo, Baja Verapaz; Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA); Asociación Pro Salud, Educación y Desarrollo (PROSEDE); Convergencia Cívico Político de Mujeres / Convergencia Ciudadana de Mujeres, Coordinadora Nacional Indígena y Campesina (CONIC); Instancia Nacional de Salud, representada por la Cooperativa el Recuerdo; Fundación Salvemos al Planeta Tierra; Sindicato Unión Sindical de Trabajadores del Hospital General San Juan de Dios, Sindicato de Trabajadores Unidos Hospital Roosevelt, Filial de Trabajadores de Salud del Hospital de Mazatenango del Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala, Filial de Trabajadores de Salud del Hospital de Santa Cruz de El Quiché del Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala, Filial de Trabajadores de Salud del Hospital Regional de Cuilapa, departamento de Santa Rosa, del Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala, Movimiento Indígena y Campesino, Unidad de Acción Sindical y Popular (UASP), Unión de trabajadores del Estado y Sectores Populares del departamento de Santa Rosa (UTESP- SANTA ROSA).,

Mesa de Diálogo sobre Salud y Nutrición

I. Contexto del Acuerdo Nacional sobre la implementación del gasto social en la reducción de la pobreza

En mayo del 2006, el Gobierno de Guatemala, por medio de la Vicepresidencia de la República, convocó a actores de la Sociedad y el Estado a participar en la Mesa de Diálogo de Salud y Nutrición como parte de los “**Acuerdos Nacionales sobre la implementación del gasto social en la reducción de la pobreza**”. El objetivo de esta convocatoria fue *“compartir, escuchar opiniones, conocer puntos de vista y alcanzar acuerdos respecto de los diferentes programas, proyectos y acciones que se requiere implementar en el corto plazo (2006-2007) para un más efectivo gasto social y lucha contra la pobreza y la inequidad en el país, de modo que se acelere el proceso previsto para alcanzar las metas del milenio y los acuerdos de paz”*.

La Mesa de Salud y Nutrición se estableció con el objetivo de concertar acciones faltantes que el Gobierno y las instituciones del Estado conjuntamente puedan emprender en la segunda mitad de este mandato, por medio de un aterrizaje focalizado, concreto y práctico en el gasto social. Se partió del análisis de informes de avance en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz y los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se revisaron las estadísticas que caracterizan la situación de salud en Guatemala. Adicionalmente, se compartieron presentaciones sobre las políticas, estrategias, planes y proyectos que el Ministerio de Salud tiene en marcha. De la Mesa se esperaba que contribuyera también a la articulación de una Agenda Nacional de Salud para las siguientes administraciones, por medio del establecimiento de acuerdos de mediano y largo plazo.

Veinte instituciones respondieron a la convocatoria y enviaron representantes que participaron durante tres meses en talleres y reuniones que dieron como resultado la formulación de los acuerdos que se presentan en este documento.

A. Alcances y limitaciones de la mesa de diálogo

Entre los alcances, se considera que los más importantes son:

- La Mesa de Salud y Nutrición constituyó una oportunidad de diálogo entre múltiples actores de la Sociedad y el Estado, provenientes de 20 instituciones. Este diálogo constructivo, entre diferentes actores, permitió un intercambio de reflexiones, ideas, experiencias y percepciones desde distintos ángulos para una mejor comprensión de la rica y diversa realidad nacional.
- Se llevó a cabo un proceso para otorgar prioridad a ciertos ejes temáticos de salud (Estado nutricional con énfasis en la desnutrición crónica; Salud de la mujer con énfasis en la reducción de la mortalidad materna; e Infecciones de Transmisión Sexual, con énfasis en el VIH/SIDA). También se definieron por consenso áreas estratégicas de cambio. Ambos procesos son aportes importantes al sector salud, ya que sus resultados son extrapolables.

- Se acordó integrar los resultados de la Mesa de Salud y Nutrición a la Agenda Nacional de Salud, lo cual garantiza la permanencia de los acuerdos logrados.
- Se reconoció que el problema de la salud y la nutrición va más allá del Sector Salud-Ministerio de Salud y debe ser abordado de manera integral y con participación ciudadana amplia, con municipalidades y consejos de desarrollo, entre otros.

Entre las limitaciones de esta Mesa están:

- Este acuerdo no ha profundizado en la totalidad de la problemática de salud y nutrición en el país.
- A pesar de contar con una participación representativa de instituciones de gobierno y sociedad civil, se reconoce que hay sectores que no participaron.
- La difusión del proceso a la población en general fue limitada.

B. Participación e inclusión en la Mesa de Diálogo de Salud y Nutrición

Para participar en la Mesa de Salud y Nutrición, se convocó al diálogo a instituciones relacionadas con la temática y a representantes de organizaciones sociales. Más de veinte entidades enviaron representantes por lo que se contó con organizaciones de la sociedad civil, de instituciones públicas e instituciones autónomas. Adicional al grupo de diálogo se contó con un cuerpo consultivo, personas que participaron ocasionalmente en el proceso de diálogo y contribuyeron con su experiencia al aprendizaje del grupo. La Coordinación de la Mesa estuvo a cargo del Ministerio de Salud Pública, quien se apoyó con personal de la Vicepresidencia de la República y un equipo de facilitación y sistematización del proceso.

II. Análisis del Contexto Nacional

A. Perfil epidemiológico de la salud y enfermedad

Estado nutricional con énfasis en la desnutrición crónica

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (ENSMI, 2002) demuestra que la desnutrición crónica a nivel nacional afecta a 49.3% de la población menor de 5 años, lo que indica que la mitad de las niñas y niños de este grupo de edad está sufriendo condiciones adversas en su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una precaria situación social y económica. La quinta parte (21.2%) sufre de desnutrición crónica severa.

La desnutrición crónica varía según el orden del nacimiento; afecta al 36.6% de niños nacidos en primer lugar y al 63.5 % de los niños en el sexto lugar o más. Adicionalmente, es mayor en el área rural (55.5%) que en el área urbana (36.5%).

La desnutrición es mayor en el noroccidente y norte del país, con 68.3% y 61%, respectivamente y es el doble en las niñas y niños indígenas (69.5%) que en las y los ladinos (35.7%).

La ESMI 2002 revela que la desnutrición ha subido en 3 puntos porcentuales al valor encontrado en 1998/99. En comparación con el año 1987, la desnutrición crónica ha disminuido un 8.6%

Salud de la mujer, con énfasis en la reducción de la mortalidad materna

En el año 2000, se encontró una razón de mortalidad materna de 153 por 100,000 nacidos vivos y un subregistro de muertes maternas del 44% (Línea Basal de Mortalidad Materna, 2002). En 1989, esta cifra (utilizando una metodología distinta) fue de 219 x 100,000 (Medina, 1989), lo cual representa una disminución del 30% en 11 años.

Se encontraron diferencias importantes en la ocurrencia de las muertes en los diferentes departamentos del país; en Huehuetenango, Sololá, Izabal, Guatemala y Totonicapán la Razón de Mortalidad Materna, superó las 175 x 100,000 nacidos vivos. En Alta Verapaz, fue mayor de 266 x 100,000 nacidos vivos.

Las muertes maternas ocurrieron más frecuentemente en mujeres indígenas, menores de 18 años o mayores de 40 y las de menor escolaridad.

Infecciones de Transmisión Sexual, con énfasis en el VIH/SIDA

Desde el inicio de la epidemia hasta el año 2005, ocurrieron 9,119 casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Guatemala. El subregistro conocido de los casos permite estimar que existen en el país entre 40,000 y 60,000 personas viviendo con infección del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. El país se encuentra en la fase de epidemia concentrada ya que los grupos de alto riesgo, constituidos por trabajadoras y trabajadores comerciales del sexo y hombres que tienen sexo con otros hombres, llevan la carga de la epidemia. Se encuentra, sin embargo, un incremento importante en el número de casos de VIH en mujeres, en los últimos dos años.

El 70% de casos ocurre en personas entre los 15 y 29 años de edad. La transmisión es predominantemente sexual, con el 93% de casos reportados por esta vía. El 73% de los casos se reporta en Escuintla, Izabal, Suchitepéquez, Retalhuleu, Guatemala y Quetzaltenango. En todos los departamentos del país se encuentran casos de SIDA.

III. Marco Legal

La salud es un derecho humano reconocido en convenios internacionales y en la legislación nacional, desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales hasta las conferencias enfocadas específicamente en salud como Alma Ata (Atención Primaria de Salud, 1978) y Ottawa (Promoción de la Salud, 1986).

La Constitución Política de la República establece que la salud es un derecho fundamental y un bien público que debe ser disfrutado sin discriminación alguna. Además, instituye que el Estado tiene la responsabilidad de velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes (artículos 93-95). A partir de este derecho, se ha creado una serie de instrumentos legales que persiguen proteger el derecho a la salud de la población guatemalteca.

La Ley de Desarrollo Social (LDS) establece que todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud. Asimismo, dispone que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), atienda las necesidades de salud de la población.

La LDS otorga a la salud reproductiva un papel central para el bienestar de la población y prevé la ejecución de un programa específico para atender esas necesidades. Según la LDS, el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil. También establece la naturaleza de los servicios a prestar, los programas de planificación familiar que se deben implementar, la atención diferenciada y específica a los adolescentes, y declara de urgencia nacional y bien público la maternidad saludable.

La existencia de un Marco Legal que persigue proteger el derecho a la salud de la población guatemalteca incluye, entre otras las siguientes leyes relevantes para los presentes acuerdos: Decreto 27 2000, Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia; Decreto 14 2002, Ley General de Descentralización; Decreto 11 2002, Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural; Decreto 12 2002, Código Municipal; Decreto 42 2001, Ley de Desarrollo Social; Decreto 32 2005, Política y Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional; Decreto 52 2005, Ley Marco de los Acuerdos de Paz. Así como las siguientes políticas y planes: Política de VIH 638 2005, Política del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Política de Población y Desarrollo, Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006, Política de Acceso Universal a la Planificación Familiar, Plan de Reducción de la Desnutrición Crónica; Plan de Reducción de la Mortalidad Materna; Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de ITS VIH SIDA.

A. Política Social del Gobierno

La Política de Desarrollo Social y Población tiene objetivos e instrumentos con base en los cuales se espera alcanzar la cooperación y la acción concertada de todos los sectores de la sociedad y del gobierno en consonancia con el artículo 19, incisos 1, 2 y 3 de la Ley de Desarrollo Social (decreto 42-2001), con el fin último de alcanzar el bienestar y el desarrollo humano de la población presente y futura.

Esta política es resultado del consenso surgido de la convocatoria que la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), el Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social y la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de la República (SEGEPLAN) hicieron a diferentes sectores de la sociedad civil los cuales participaron en diversos talleres de consulta y discusión.

B. Objetivos del Milenio

Para el primer Informe sobre el Cumplimiento de los Objetivos del Milenio-ODM en Guatemala, el Sistema de Naciones Unidas utilizó la Encuesta Nacional Sociodemográfica de 1989 para estimar cómo se encontraba la pobreza en Guatemala con información disponible más cercana al año establecido por los ODM. Se utilizaron tres indicadores: el porcentaje de personas cuyo ingreso es inferior a un dólar diario ajustado por la paridad del poder adquisitivo (PPA), la profundidad de la pobreza, y la severidad de la pobreza.

La pobreza es un problema multidimensional que se revela en bajos niveles de ingreso, limitada propiedad de activos, escaso capital humano y social y carencia de oportunidades de acceso al mercado (tanto a bienes y servicios como a insumos y tecnologías productivas); también está asociado con malas condiciones de salud y educación, alta exposición a riesgos de todo tipo y poca capacidad para acceder a las instituciones y los procesos de decisión de políticas públicas e influenciarlos. La condición de pobreza implica también un alto grado de vulnerabilidad.

C. Acuerdos de Paz

En seguimiento a las orientaciones contenidas en los Acuerdos de Paz, Guatemala ha logrado avances en la mejora de las condiciones de vida de la población, que están relacionadas con el carácter dimensional de la pobreza, como puede comprobarse, por ejemplo, en la evolución de las Metas del Milenio relativas al aumento de la cobertura educativa, la reducción de la desnutrición y la reducción en la mortalidad infantil. Asimismo, ha habido algunos avances en la reducción de la desigualdad, de acuerdo con estimaciones de la CEPAL (2005, p. 42), la cual informa que, según datos de 2002, en América Latina y el Caribe: “Sólo Guatemala, Panamá (áreas urbanas) y Uruguay (áreas urbanas) lograron reducir perceptiblemente sus niveles de desigualdad respecto de 1990”.

III. Metodología de la Mesa de Salud y Nutrición

El proceso desarrollado en la Mesa de Salud y Nutrición partió de reconocer que los grandes cambios en las sociedades no pueden ser efectuados por una sola persona o institución; es necesaria la acción colectiva, y para que haya acción colectiva debe existir cierta medida de perspectiva compartida de la realidad. En este sentido, el proceso de diálogo se diseñó para coadyuvar a construir colectivamente la comprensión de la situación de la salud en el país y, a partir del aprendizaje compartido, construir acuerdos para mejorar la efectividad del gasto social en el área de salud y nutrición.

A. Principios Metodológicos

Para alcanzar sus propósitos el proceso de diálogo se apoyó en la metodología del diálogo democrático que refleja la importancia de incluir e involucrar en los procesos públicos, las voces y perspectivas de aquellos a quienes las políticas afectan. Por medio del diálogo se encuentran maneras de responder constructivamente a los conflictos y las crisis, fortaleciendo a la vez el sistema de gobernabilidad democrática, restituyendo legitimidad y potenciando las capacidades humanas y políticas, con lo que se incrementa la efectividad para enfrentar desafíos. En este sentido, el diálogo destaca como una herramienta mediante la cual se pueden encontrar soluciones creativas para abordar problemas estructurales que obstaculizan, por ejemplo, el avance hacia el cumplimiento de las Metas del Milenio.

Se partió de los siguientes principios metodológicos:

- Acompañamiento de expertos e invitados especiales provenientes de la academia, expertos de la sociedad civil, administradores públicos, usuarios del sistema, innovadores, entre otros.
- Diseño de las actividades –talleres y jornadas de aprendizaje- con base en necesidades y pertinencia; y un menú que incluyó: visitas de campo, paneles temáticos, encuentros ciudadanos, intercambio de experiencias, inmersiones de contexto, retiros y talleres, conferencias, mejores prácticas y diario de aprendizaje.
- Modelo conversacional para los acuerdos: diálogo para el intercambio de experiencias y la construcción colectiva de significados compartidos.
- Dinámica de trabajo en equipo mediante la conformación de grupos, comisiones y coordinación interinstitucional, propiciando la responsabilidad compartida.
- Emergencia y flexibilidad.
- Creatividad y apertura al cambio, con orientación propositiva.
- Construcción de una cultura de diálogo democrático, propiciando la preparación de una nueva masa crítica de actores en el ámbito público y de la sociedad civil, que conocen y utilizan las herramientas del diálogo democrático para construir acuerdos

B. Lógica de Análisis para alcanzar Acuerdos

La Mesa de Salud y Nutrición partió de una lógica de análisis para alcanzar los acuerdos a partir de una matriz que abarcaba cuatro ejes estratégicos de cambio para cada área programática.

Matriz de Análisis

	PRESUPUESTO	RRHH	SISTEMA DE SALUD Y DESCENTRALIZACIÓN SECTORIAL	PARTICIPACION SOCIAL Y PERTINENCIA CULTURAL Y DE GENERO
Análisis de situación				
Cuellos de Botella				
Mejores prácticas e innovaciones				
Propuestas a corto plazo				

SALUD MATERNO INFANTIL

NUTRICION

PREVENCION VIH/SIDA

C. Fases y principales actividades del proceso de diálogo

El diseño metodológico del proceso de diálogo de la Mesa de Salud se organizó en tres fases: Preparatoria, de Diálogo y de Consolidación de Resultados. A continuación se describen las fases y las principales actividades desarrolladas.

Fase preparatoria: en ella la Gerencia de la Vicepresidencia y el Grupo de Gobierno realizó un análisis del contexto nacional y tomó decisiones relativas a metodología, financiamiento, convocatoria del grupo de diálogo y organización general del proceso.

Fase de diálogo: conformada por tres talleres de diálogo, construcción de consensos, validación y aprobación de propuestas. Tres jornadas de aprendizaje, sobre temas de análisis específicos y una visita de campo. A continuación, se presenta el cronograma del proceso en el cual se indican las principales actividades realizadas.

Fase de consolidación de resultados: el grupo de diálogo recomendó la organización de dos comisiones: una para la implementación de los acuerdos y la otra para el monitoreo y seguimiento de los planes a corto, mediano y largo plazo.

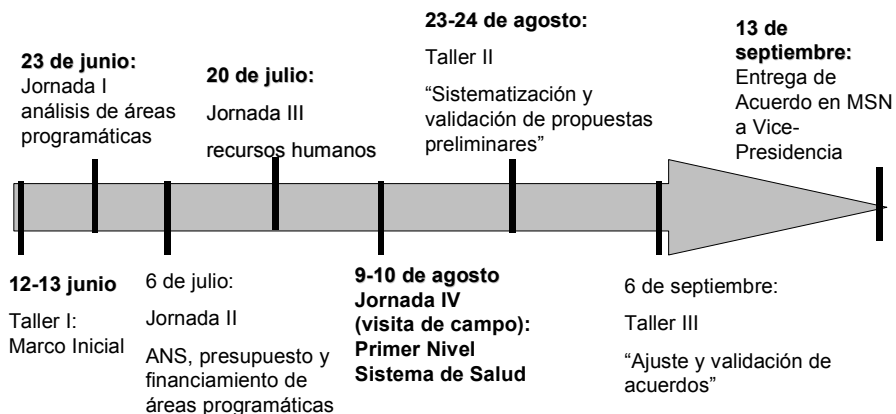
CRONOGRAMA DE PROCESO

Jornada de trabajo: cada quince días (1 día de duración)

Talleres y visitas de campo: 2 días de duración

Entrega de información: en la primera semana

Análisis de información: en la segunda semana



V. Generalidades del acuerdo

A. Principios del acuerdo

1. Integralidad

Se refiere a que las estrategias del acuerdo están concebidas para dar mayor fortaleza a un paquete integral de servicios y no como acciones separadas.

2. Equidad

Este principio está relacionado con la obligatoriedad que la Constitución Política le asigna al Estado de generar las condiciones para que la población sin distinción de género, etnia, edad, nivel socioeconómico, y lugar de residencia, tenga acceso oportuno a los servicios y recursos de salud. El acuerdo se basa en una propuesta diferenciada que permita focalizar la implementación en los que más necesitan.

3. Participación

Considera la apertura de espacios para todos los actores sociales en la formulación, ejecución y seguimiento del Acuerdo de Salud y Nutrición, como el deber y derecho que tienen las personas de intervenir en los procesos relacionados con la salud personal y colectiva.

5. Complementariedad

Las acciones propuestas no desvían o detienen otras iniciativas, sino fortalecen las que ya se están haciendo.

6. Pertinencia cultural

Guatemala se reconoce como un país multilingüe y pluricultural. En el Acuerdo de Salud y Nutrición se conciben y aceptan todas las culturas del país con igual valor y derecho a ser reconocidas, respetadas, valoradas y promovidas por el Estado. De allí la necesidad de que los espacios públicos sean multiculturales y que el sistema de salud refleje y responda a la diversidad cultural.

7. Enfoque de género

Se relaciona con procesos concientes para promover relaciones armónicas entre ambos sexos, como requisito para ejercer el derecho a la salud. Incluye la incorporación de la perspectiva de género en las políticas, programas y estrategias, así como la participación activa de las mujeres en la prestación de los servicios y en las iniciativas para asegurarles el acceso y atención en salud.

B. Áreas geográficas priorizadas

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia-SEGEPLAN diseñó un programa multisectorial con el objetivo de “invertir de manera preferencial en los ciudadanos que más lo necesitan”. La estrategia general consiste en concretar un esfuerzo coordinado de las políticas e inversiones en materia económica, social y ambiental, destinadas a crear capacidades y oportunidades para los guatemaltecos en extrema pobreza.

Para el desarrollo de esta estrategia, se establecieron dos fases: la primera se enfocará prioritariamente en una selección de 41 municipios que muestran una situación crítica (muy alta y alta vulnerabilidad) de acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria

En conjunto, estos 41 municipios seleccionados tienen las siguientes características: según el XI Censo de Población y VI de Habitación, el número de viviendas es de 281,936. El número de habitantes es de 1,275,969. La superficie estimada es de 12,137 kilómetros cuadrados. El área de vocación forestal, pero que carece de bosque en esos municipios suma aproximadamente 3,586 kilómetros cuadrados, que corresponden al 30% del área total de esos municipios.

Para la segunda fase, se está en el proceso de seleccionar 70 municipios adicionales. La selección se realizará en coordinación con las fuentes financieras internacionales, con base a criterios tales como la inseguridad Alimentaria crítica, la presencia de potencial de desarrollo socioeconómico pro-pobre y capacidad institucional para una implementación exitosa, entre otros criterios que están aún por definir.

C. Áreas programáticas de intervención

- 1. Nutrición** con énfasis en la reducción de la desnutrición crónica. Si hay otros tipos de desnutrición, también deben ser cubiertos.
- 2. Salud Reproductiva** con énfasis en salud materno infantil y reducción de la mortalidad materna.
- 3. Infecciones de Transmisión Sexual** con énfasis en Virus de Inmunodeficiencia Humana.

VI. Acuerdos

Acuerdo 1: Agenda Nacional de Salud

Declarar la Agenda Nacional de Salud como una política de Estado en el corto plazo, a la cual se incorporan con prioridad los acuerdos de esta mesa.

Acuerdo 2: Aumento del presupuesto en salud

- Es necesario un aumento sustancial en el presupuesto del Ministerio de Salud. La Mesa propone un aumento de un mil millones de quetzales (Q1,000,000,000) para el 2,007 en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para lograr una cobertura de calidad, efectiva y gratuita de servicios de salud¹.
- De los recursos de las municipalidades y los consejos de desarrollo, se recomienda que como mínimo el 15% sea utilizado en acciones de salud y nutrición.

Acuerdo 3: Fortalecer la participación ciudadana y la auditoría social

- Fortalecer la participación de organizaciones ciudadanas como las Comisiones de Salud y las Comisiones de Seguridad Alimentaria y

¹ El Ministerio de Finanzas reconoce que es factible gestionar recursos con la cooperación internacional y, adicionalmente, orientar recursos previstos en el Proyecto de Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal 2007, asignados a los fondos sociales y a la Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia, para la ejecución de programas y proyectos que coadyuven al fortalecimiento de infraestructura y servicios de salud, hasta alcanzar un monto de setecientos treinta y nueve millones de quetzales (Q739,000,000), que incluyen los trescientos veintiocho millones (Q328,000,000) de aumento contemplado para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el proyecto de Presupuesto de ingresos y egresos de la Nación, presentado al Congreso de la República. La Mesa propone que el gobierno realice esfuerzos con otras instancias de la sociedad para cerrar la brecha presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Nutricional en el marco del sistema de los consejos de desarrollo (COCODES, COMUDES, CODEDES).

- Promover la creación de organizaciones de base comunitaria y su fortalecimiento para la inversión social con énfasis en la salud y seguridad Alimentaria.
- Crear y fortalecer los mecanismos para la participación organizada de población indígena y mujeres.
- Fomentar el cumplimiento de la auditoría social que contribuya a la transparencia en el manejo de los recursos y la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud y nutrición.

Acuerdo 4: Articulación de las acciones interinstitucionales y multisectoriales para los temas de salud y nutrición

- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como rector del Sector Salud y la Secretaría de Seguridad Alimentaria Nutricional (SESAN), como coordinadora de la seguridad Alimentaria y nutricional, elaborarán el marco de acción que impulse estrategias de diferentes actores (gobierno, organizaciones sociales, cooperación internacional) a nivel nacional, regional, departamental, municipal y comunitario de manera integral y coordinada para mejorar las condiciones de salud y nutrición.

Acuerdo 5: Áreas programáticas de prioridad

- Nutrición, con énfasis en la reducción de la desnutrición crónica
- Salud Materno Infantil, con énfasis en la reducción de la mortalidad materna
- Salud reproductiva, con énfasis en la prevención del VIH / SIDA
- Según las prioridades establecidas, se implementarán los acuerdos en el marco de acción de los siguientes planes presentados por el MSPAS y la SESAN, los cuales fueron analizados y enriquecidos con los aportes de la Mesa de Salud y Nutrición:
 - Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (2005-2015)
 - Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2004 – 2008)
 - Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS; VIH y SIDA (2006 –2010)

Acuerdo 6: Ejes estratégicos de cambio

El Plan de Implementación de estos acuerdos se basará en el fortalecimiento de los siguientes ejes estratégicos:

- Presupuesto
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Organización del Sistema y Modelo de Atención
- Participación Social

Acuerdo 7: Temporalidad y focalización geográfica para el cumplimiento de los acuerdos

El cumplimiento de estos acuerdos se planificará según los criterios que se presentan a continuación:

• Período de tiempo

- Corto plazo: septiembre 2006 a diciembre 2007
- Mediano plazo: enero 2008 a diciembre 2010
- Largo plazo: enero 2011 a diciembre 2015

• Área geográfica

- Corto plazo: Las intervenciones se enfocarán en los 41 municipios declarados como prioritarios por SEGEPLAN de acuerdo con criterios de riesgo: indicadores de pobreza y pobreza extrema, índice de vulnerabilidad a la inseguridad Alimentaria, número de habitantes, potencialidad agrícola y mortalidad materna e infantil.
- Mediano plazo: Para la segunda fase del plan de implementación, se agregarán 70 municipios a los de la primera fase, para completar 111. Estos municipios presentaron, según estimaciones de SEGEPLAN, una situación muy similar a la de los 41 municipios priorizados.

Se garantiza que las acciones de salud y nutrición con cobertura universal que se realizan en todo el país por diferentes sectores y/o instituciones continúan sin interrupción.

VII. Plan de implementación de los Acuerdos de la Mesa de Salud y Nutrición

En esta instancia de diálogo, se aprobaron los siguientes ejes estratégicos de cambio cuyas acciones a corto, mediano y largo plazo conformarán el Plan de Implementación de los Acuerdos de la Mesa de Salud y Nutrición, y que también deberían estar incluidos en la Agenda Nacional de Salud, con el fin de vincular el proceso inmediato con el de futuro y sentar las bases para el seguimiento y monitoreo de los acuerdos.

- A. Revisión y readecuación de Política de Recursos Humanos
- B. Presupuesto
- C. Organización del Sistema y modelo de atención
- D. Participación Social

A. Revisión y readecuación de Política de Recursos Humanos

Acuerdos a corto plazo

- Realizar un diagnóstico de necesidades de recurso humano en el primer y segundo nivel, extensión de cobertura y nivel comunitario en los 41 municipios priorizados.
- Formar y capacitar al recurso humano institucional y comunitario (incluyendo los consejos de desarrollo a nivel departamental y municipal) en los 41 municipios, en los temas de salud priorizados, asegurando la pertinencia cultural y el enfoque de género.
- Desarrollar un plan de capacitación de Recurso Humano con enfoque en las tres áreas programáticas de cambio declaradas de prioridad por la Mesa de Salud y Nutrición.
- Asegurar el recurso humano necesario para llevar a cabo la estrategia propuesta en las tres áreas programáticas declaradas como prioritarias por la Mesa de Salud y Nutrición.
- Recomendar que la municipalidad contrate personal dedicado a apoyar el cumplimiento de los acuerdos y que las contrataciones respondan a los perfiles establecidos por el MSPAS, asegurando la coordinación con el ente rector.
- Replantear los manuales de descripciones y perfiles de puestos con enfoque en competencias laborales.
- Establecer un programa permanente de capacitación de RRHH que fortalezca las capacidades requeridas en los perfiles de puestos establecidos para responder a la estrategia planteada por la Mesa de Diálogo.
- Diseñar un sistema de evaluación del desempeño para el mejoramiento continuo.

Acuerdos a Mediano y Largo Plazo

- Ampliar, con las estrategias necesarias, los Recursos Humanos que requiera la atención de salud en todos los municipios, a partir de 41 en el

corto plazo, 70 en el mediano y el resto de municipios en el largo plazo (de acuerdo con la prioridad definida por SEGEPLAN).

- Revisar y reestructurar la Política de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
- Diseñar subprocesos de la gestión de recursos humanos con enfoque desconcentrado.
- Implementar una política salarial.
- Implementar un sistema de evaluación del desempeño respaldado por un programa de incentivos.

B. Presupuesto

Acuerdos a corto plazo

- Asegurar el presupuesto necesario para el cumplimiento del plan de cambios estratégicos en los 41 municipios de extrema pobreza en los que se focalizarán las acciones a corto plazo; y para las acciones subsiguientes a mediano plazo en los 70 municipios restantes priorizados por SEGEPLAN, manteniendo la atención en los municipios restantes.
- Promover el mantenimiento y prestación de acciones de salud por el gobierno y organizaciones locales, otros organismos del Estado y las organizaciones no gubernamentales utilizando los recursos disponibles para el efecto, en coordinación con las acciones del MSPAS, para incrementar los servicios y mejorar la situación de salud de la población. Para el efecto deberán revisarse y actualizarse las normativas correspondientes
- Fortalecer la capacidad local en la elaboración, gestión de proyectos y financiamiento, manteniendo coordinación con las acciones del MSPAS y sujeto a los mecanismos de regulación y auditoría establecidos en el marco jurídico y legal de la nación.

C. Organización del Sistema y modelo de atención

Acuerdos a corto y mediano plazo

- Diseñar e iniciar la transición a un modelo fortalecido, unificado y estandarizado en su capacidad resolutoria, que articule los distintos niveles de atención de salud, en función de las necesidades locales. La implementación iniciará en los 41 municipios prioritarios y luego se extenderá en forma gradual, en función de las asignaciones presupuestarias, hasta alcanzar la totalidad de municipios del país.

- Coordinar con otros Ministerios, municipalidades, Secretarías, Fondos Sociales y organizaciones de la sociedad civil, el diagnóstico, planificación e implementación exitosa de acciones integrales de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación; así como las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación que apoyen las prioridades de salud y nutrición en los ámbitos nacional, municipal y local.
- Desarrollar e implementar un sistema de referencia y respuesta entre los distintos niveles dentro del MSPAS, que garantice la atención oportuna y seguimiento del paciente.
- Revisar y reformar el marco jurídico del sector salud.
- Reformar el Consejo Nacional de Salud para garantizar la participación multisectorial.

D. Participación Social

Acuerdos a corto y mediano plazo

- Implementar acciones de información, educación y sensibilización dirigidas a la población, con el propósito de que todas y todos conozcan, se apropien y demanden servicios en salud.
- Fortalecer la capacidad de gestión comunitaria, local, municipal, de organizaciones y del Sistema de Consejos de Desarrollo en temas de salud y nutrición, saneamiento ambiental, materno infantil y VIH/SIDA.
- Promover el análisis situacional local para la toma de decisiones.
- Desarrollar la capacidad local para el establecimiento de un proceso de auditoría social dirigido a las acciones que se realizan en salud y nutrición, saneamiento ambiental, materno infantil y VIH/SIDA.
- Fortalecer el sistema de salud tradicional y su articulación con el sistema de salud formal.
- Concretar alianzas con el sector patronal para la promoción de las prioridades en salud.

VIII. Recomendaciones generales

A partir de la definición de los Acuerdos de la Mesa de Salud y Nutrición, se considera necesario conformar las siguientes comisiones, que funcionarán bajo la coordinación del MSPAS y SESAN:

A. Comisión de Acompañamiento Técnico de la Implementación de los Acuerdos

Estará constituida con una amplia representación de los miembros de la Mesa de Salud y Nutrición, quienes serán los encargados de apoyar la formulación y el desarrollo de los planes operativos para la implementación de los acuerdos que especificarán actividades, tareas, instituciones involucradas y tiempo de implementación, para cada uno de los Acuerdos de la Mesa de Salud y Nutrición. Se mencionan las siguientes actividades a ser desarrolladas por dicha comisión:

- Socializar los acuerdos:
 - a. En el ámbito nacional y gubernamental por medio de Directores de Área de Salud y Delegados Departamentales de Seguridad Alimentaria, Gobernadores y Alcaldes de los 41 municipios elegidos.
 - b. En el ámbito local, por medio de Consejos de Desarrollo Departamental.
 - c. Con la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales.
- Desarrollar talleres institucionales para compartir los acuerdos generados, identificar alianzas, buscar posibles fuentes de financiamiento y asignar responsabilidades institucionales.
- Apoyar la incorporación de las acciones acordadas por la Mesa de Diálogo en Salud y Nutrición en la Agenda Nacional de Salud, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Desarrollar planes municipales en conjunto con los 41 Alcaldes de los municipios priorizados para la implementación de los acuerdos a corto plazo.
- Desarrollar planes municipales en conjunto con los 70 municipios priorizados para la implementación de los acuerdos a mediano plazo.

B. Comisión de Seguimiento y Monitoreo de los Acuerdos

Se encargará de dar seguimiento y monitoreo de los acuerdos, contará con representación de todas las organizaciones participantes en la mesa de diálogo y será independiente de la Comisión de Acompañamiento Técnico de la Implementación de los Acuerdos. Esta comisión se reunirá de manera periódica para planificar la evaluación y monitoreo de la implementación de los acuerdos, para ello definirá indicadores de estructura, proceso e impacto que permitan dar seguimiento a los avances y medir los logros a corto, mediano y largo plazo.

Referencias

Frente Nacional Contra el Hambre

Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Programa Nacional de Salud Alimentaria y Nutricional, 2005

Gobierno de Guatemala

Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guatemala, II Informe de Avances, SEGEPLAN, Guatemala, 2006

Instancia Nacional de Salud, Guatemala

Sistema Público de Salud Incluyente (SPSI), Propuesta de una Imagen Objetivo de Sistema de Salud para Guatemala, *Portadores de Sueños*, Pensamiento y Acción en Salud, Pastoral de Salud de Verapaces, MISEREOR/CORDAID. Guatemala, 2005

Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente -bases y lineamientos-, Medicus Mundi, Navarra. Guatemala, 2002

Instituto Nacional de Estadística

Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 2002

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Política Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala, 2005

Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica (2005- 2015), Guatemala, 2005

Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2004 – 2008), Guatemala, 2005

Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de ITS; VIH y SIDA (2006 –2010), Guatemala 2005

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Diversidad Étnico-Cultural: La Ciudadanía en un Estado Plural, Informe Nacional de Desarrollo Humano, PNUD, Guatemala, 2005

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

Política de Desarrollo Social y Población, Informe Anual, SEGEPLAN, Guatemala, 2005

Secretaría Presidencial de La Mujer

Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006, SEPREM, Guatemala, 2005

Universidad Rafael Landívar

Acuerdos de Paz, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IDIES), Serie Política, Guatemala, 1995.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AEG	Alianza Evangélica de Guatemala
AEU	Asociación de Estudiantes Universitarios de la Universidad de San Carlos de Guatemala
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
COCODES	Comités Comunitarios de Desarrollo
CODEDES	Comités Departamentales de Desarrollo
COMUDES	Comités Municipales de Desarrollo
CCM	Convergencia Ciudadana de Mujeres
CCPM	Convergencia Cívico Político de Mujeres
CONIC	Comité Nacional de Indígenas y Campesinos
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
ENA	Escuela Nacional de Enfermería
FSPT	Fundación Salvemos al Planeta Tierra
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INS	Instancia Nacional de Salud
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación
MIC	Movimiento Indígena y Campesino
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONSEC	Oficina Nacional de Servicio Civil
OPS/OMS	Oficina Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PROSEDE	Asociación Pro Salud, Educación y Desarrollo
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional

SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
URL	Universidad Rafael Landívar
UASP	Unidad de Acción Sindical y Popular
UTESP- SR	Unión de trabajadores del Estado y Sectores Populares del departamento de Santa Rosa

Anexo A

Lista de 41 municipios prioritarios a corto plazo

No.	CÓDIGO DE MUNICIPIO	NOMBRE DE MUNICIPIO	NOMBRE DE DEPARTAMENTO
1	707	Santa Clara La Laguna	Sololá
2	714	Santa Cruz La Laguna	Sololá
3	715	San Pablo La Laguna	Sololá
4	716	San Marcos La Laguna	Sololá
5	717	San Juan La Laguna	Sololá
6	801	Totonicapán	Totonicapán
7	802	San Cristóbal Totonicapán	Totonicapán
8	803	San Francisco El Alto	Totonicapán
9	804	San Andrés Xecul	Totonicapán
10	805	Momostenango	Totonicapán
11	806	Santa María Chiquimula	Totonicapán
12	807	Santa Lucía La Reforma	Totonicapán
13	808	San Bartolo Aguas Calientes	Totonicapán
14	1206	Concepción Tutuapa	San Marcos
15	1207	Tacaná	San Marcos
16	1208	Sibinal	San Marcos
17	1209	Tajumulco	San Marcos
18	1210	Tejuela	San Marcos
19	1223	Ixchiguán	San Marcos
20	1224	San José Ojetenam	San Marcos
21	1304	Cuilco	Huehuetenango
22	1306	San Pedro Necta	Huehuetenango
23	1309	San Idelfonso Ixtahuacán	Huehuetenango
24	1311	La Libertad	Huehuetenango
25	1312	La Democracia	Huehuetenango
26	1321	Tectitán	Huehuetenango
27	1327	Aguacatán	Huehuetenango
28	1409	San Pedro Jocopilas	Quiché
29	1410	Cunén	Quiché
30	1414	San Andrés Sajcabajá	Quiché
31	1416	Sacapulas	Quiché
32	1417	San Bartolomé Jocotenango	Quiché

33	1503	Rabinal	Baja Verapaz
34	1504	Cubulco	Baja Verapaz
35	1613	Chisec	Alta Verapaz
36	1615	Fray Bartolomé de las Casas	Alta Verapaz
37	1710	Sayaxché	Petén
38	2003	San Juan Ermita	Chiquimula
39	2004	Jocotán	Chiquimula
40	2005	Camotán	Chiquimula
41	2006	Olota	Chiquimula

Anexo B
Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica
(2005- 2015)

Anexo C
Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna
(2004 – 2008)

Anexo D
Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención
y Control de ITS; VIH y SIDA
(2006 –2010)