



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL

Plan Estratégico Institucional

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

2018-2032



Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Licenciado José Gustavo Arévalo Henríquez
Viceministro Administrativo

Doctor José Roberto Molina Barrera
Viceministro Técnico

Doctor Mario Alberto Figueroa Álvarez
Viceministro de Hospitales

Doctor Julio Humberto García Colindres
Viceministro de Atención Primaria en Salud

Ingeniero Boris Enrique De León Motta
Director de la Unidad de Planificación Estratégica

Apoyo Técnico:

María Angélica Morales Enamorado
Delmy Waleska Zeceña A.
Mirna E. Flores G.
Sandra Yolanda Linares Ávila
Enrique Molina
Maritza Samayoa Peláez
Mario Sum
Ilicia Rebeca García Morales
Pedro M. Yax
Eduardo Palacios Cacacho
Ana María Jiménez García
Leila Camposeco
Eduardo Catú Rodríguez
Sandra Chew
Ruth Estrada
Lourdes Fajardo

Ciudad de Guatemala, abril de 2018

Ciudadanos guatemaltecos:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), consciente de la importancia estratégica del Sector Salud para el desarrollo del país y del rol rector que debe cumplir, presenta el Plan Estratégico Institucional 2018-2025 como un instrumento orientador y que responde a la visión de largo plazo establecida en el marco de las prioridades y las metas estratégicas de desarrollo que recogen los elementos del Plan y la Política Nacional de Desarrollo Katu'n 2032, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Política General de Gobierno así como otros instrumentos de política pública que orientan el que hacer en la administración pública, plantea los resultados y las intervenciones para su cumplimiento.

Este Instrumento responde a lo preceptuado en la Constitución Política de la República de Guatemala, especialmente al Art. 193 ... "presentar al Presidente de la República el plan de trabajo de su ramo"; así mismo lo regulado, primordialmente, en el Art.39 de Ley del Organismo Ejecutivo (Decreto 114-97) y el Art. 17 Bis de la Ley Orgánica del Presupuesto (Decreto 101-97 y sus modificaciones Decreto 13-2013).

El Plan Estratégico Institucional del MSPAS, es un documento que pone a disposición del Despacho Superior, las unidades ejecutoras, direcciones, unidades estratégicas del ministerio y a la población en general, los aspectos estratégicos y operativos principales que contribuyen a disminuir las problemáticas que afectan a la población guatemalteca según sus ciclos de vida. Tiene el objetivo de orientar la gestión institucional de manera planificada y consensuada para lograr acciones que contribuyan al desarrollo del sector en el corto y mediano plazo.

Cabe resaltar que esta Administración impulsa decididamente la Reforma del Sector Salud, la cual, define claramente las acciones que permitirán lograr cambios institucionales que a su vez, impactarán en el cumplimiento de los resultados estratégicos de país así como en los resultados y compromisos institucionales.

Como pasos siguientes, se hará efectiva la estrategia de implementación de este instrumento, la cual establece la participación activa de varios actores internos del Ministerio y, en el marco de la coordinación y la rectoría, actores externos con intervenciones estratégicas. Como parte importante de la estrategia, se establecen los mecanismos de seguimiento y evaluación a la gestión institucional. Con este documento, quedan sin efecto los anteriores documentos de planificación estratégica formulados.

Confiamos que lograremos cambios sustantivos y transformaciones en las condiciones de vida de la población Guatemalteca.

Atentamente,

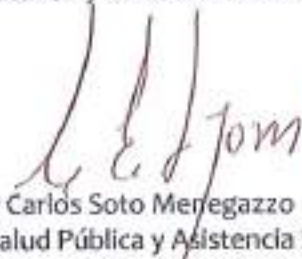

Doctor Carlos Soto Merregazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



Tabla de contenido

Índice de Cuadros	4
Índice de Figuras	5
Índice de Gráficas	5
Bibliografía	5
Presentación	6
Planificación Estratégica Institucional	6
Análisis de la Situación de Salud en Guatemala	9
1. Diagnóstico o análisis de situación	10
1.1. Análisis de mandatos y políticas	10
1.2. Marco político referencial	13
1.3. Análisis de Población	15
1.4. Identificación y priorización de la problemática	17
1.4.1. Aspectos generales de país: Determinantes demográficos	17
1.4.2. Análisis de la Situación de Salud en Guatemala	19
a. Mortalidad Materna	21
b. Mortalidad Infantil	23
c. Mortalidad de la Niñez	23
d. VIH y VIH Avanzado	25
e. Tuberculosis	26
f. Malaria	28
g. Arbovirosis	30
Dengue	30
Zika	31
Chikungunya	31
h. Enfermedades No Transmisibles	33
Diseño de la Estrategia	35
2. Resultados Estratégicos e Institucionales	36
2.1. Resultado Estratégico: Mortalidad Materna	36
2.1.1 Cadena de Resultados	36
2.1.2. Acciones Estratégicas	37
2.1.3. Productos (intervenciones costo-efectivas) del MSPAS	38
2.1.4. Territorio Priorizado	38
2.1.5. Indicadores seleccionados	38
2.2. Resultado Estratégico: Mortalidad en la Niñez	39
2.2.1. Cadena de Resultados	39
2.2.2. Productos (intervenciones)	40
2.2.3. Territorio priorizado	40
2.2.4. Indicadores seleccionados	41
2.3. Resultado Institucional: Control de ITS, VIH y SIDA	41
2.3.1. Cadena de resultados	42
2.3.2. Intervenciones clave:	43
2.3.3. Indicadores establecidos	44
2.3.4. Población priorizada:	45
2.4. Resultado Institucional: Eliminación de la Malaria	45
2.4.1. Cadena de Resultados	45
2.4.2. Intervenciones clave	46
2.4.3. Territorio priorizado	46
2.4.4. Indicadores seleccionados	47
2.4.5. Principales actores	47

2.5. Resultado Institucional: Reducción de la Mortalidad y la incidencia de la Tuberculosis	48
2.5.1. Cadena de Resultados	48
2.5.2. Territorios Priorizados	49
2.5.3. Indicadores seleccionados de acuerdo a los pilares de la estrategia.	50
2.6. Resultado Institucional: Disminuir la Morbi – Mortalidad por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)	51
2.6.1. Cadena de Resultados	51
2.6.2. Intervenciones clave y actores principales	52
2.6.3. Indicadores vinculados a intervenciones	52
2.6.4. Territorio priorizado	53
2.6.5. Indicadores para seguimiento y evaluación	54
2.6.6. Actores clave	54
2.7. Resultado Institucional: Disminuir la Morbi – Mortalidad por Enfermedades no transmisibles	54
2.7.1. Cadena de resultados	55
2.7.2. Intervenciones clave y actores principales	56
 Marco Estratégico Institucional	 58
3. Análisis Institucional (FODA)	59
3.1. Análisis de los determinantes relacionados al sistema de salud	59
3.1.1. Accesibilidad a la salud	59
3.1.2. Red de servicios	60
3.1.3. Financiamiento de la salud	61
3.1.4. Recursos humanos para la salud	62
3.2. Infraestructura de salud	63
3.2.1. Disponibilidad de Puestos de Salud	63
3.2.2. Disponibilidad de Centros de salud	63
3.2.3. Disponibilidad de camas hospitalarias	63
3.3. Análisis Estratégico	63
3.4. Intervenciones estratégicas	65
3.5. Marco Filosófico Institucional	66
3.5.1. Visión Institucional	66
3.5.2. Misión Institucional	66
3.5.3. Valores y principios	66
3.5.4. Enfoques	66
 Seguimiento y Evaluación a nivel Estratégico	 67
4. Mecanismos de Seguimiento	68
4.1. Indicadores de producto:	68
5. Evaluación	69
5.1. Indicadores de resultado	69
6. Estrategia de implementación	72
 7. Anexos	 73
7.1. Anexo 1: Cuadro de resultados estratégicos e institucionales del MSPAS	73
7.2. Anexo 2: Compromisos del MSPAS, según instrumentos nacionales e internacionales	74
7.3. Anexo 3: Plan de Infraestructura de corto y mediano plazo (2019-2023)	75
7.4. Anexo 4: Modelo Conceptual: Cobertura Sanitaria Universal	78
7.5. Modelo Conceptual: Salud Mental	79

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Marco Normativo Institucional	11
Cuadro 2 Aspectos generales de país	18
Cuadro 3 Aspectos socioeconómicos de país	18
Cuadro 4 REP. Mortalidad Materna y Neonatal: Territorio priorizados	38
Cuadro 5 REP. Mortalidad Materna y Neonatal: Indicadores seleccionados	38
Cuadro 6 REP. Mortalidad en la Niñez: Territorio priorizado	40
Cuadro 7 REP. Mortalidad en la Niñez: Indicadores seleccionados	41
Cuadro 8 Cadena de Resultados de ITS, VIH y Sida	42
Cuadro 9 Indicadores de Resultado de ITS, VIH, Sida	44
Cuadro 10 Población priorizada para el Resultado de ITS y VIH	45
Cuadro 11 RI: Control de la Malaria: Territorio Priorizado	46
Cuadro 12 RI: Control de la Malaria: Indicadores seleccionados	47
Cuadro 13 Cadena de Resultados para la reducción del a Mortalidad y la Incidencia de la Tuberculosis	48
Cuadro 14 Mortalidad y la Incidencia de la Tuberculosis: territorio priorizado	49
Cuadro 15 RI: Reducción de la Mortalidad y la Incidencia de la Tuberculosis: Indicadores seleccionados	50
Cuadro 16 Indicadores e intervenciones establecidas para atención y control de enfermedades arbovirales	52
Cuadro 17 Territorio Priorizado de la transmisión de Arbovirus (Dengue, chikungunya y Zika)	53
Cuadro 18 Indicadores de resultados	54
Cuadro 19 Enfermedades No Transmisibles: Ejes de Trabajo y actores identificados	56
Cuadro 20 Porcentaje de personas que necesitaron atención médica desagregado por lugar de atención Períodos del 2000-2014	59
Cuadro 21 Porcentaje de personas que necesitaron atención médica desagregado por lugar de atención y niveles de pobreza Períodos del 2000-2014	60
Cuadro 22 Servicios de Salud del MSPAS 2015	61
Cuadro 23 Densidad de médicos del MSPAS desagregados por departamento Guatemala 2014	62
Cuadro 24 Análisis Estratégico Institucional MSPAS 2018	64
Cuadro 25 Principales actores identificados MSPAS 2018	66
Cuadro 26 Resultados Estratégicos de mediano plazo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	73
Cuadro 27 Metas establecidas según instrumentos nacionales e internacionales	74
Cuadro 28 Plan de Infraestructura para el corto y mediano plazo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	75
Cuadro 29 Listado de participantes en el taller para revisión y validación del Plan Estratégico Institucional	80

Índice de Figuras

Figura 1 Vinculación de los Resultados Estratégicos con instrumentos orientadores	13
Figura 2 Vinculación de los Resultados Estratégicos con MEDs	14
Figura 3 Vinculación del Resultado Estratégico de Desnutrición Crónica con instrumentos orientadores	14
Figura 4 Vinculación del Resultado Estratégico de Desnutrición Crónica con MEDs	15
Figura 5 Ciclos de vida de la población guatemalteca	15
Figura 6 Pirámide Poblacional de la República de Guatemala 2018	16
Figura 7 Pirámide Poblacional de la República de Guatemala	17
Figura 8 Prioridades de Política Pública y Prioridades Institucionales MSPAS	20
Figura 9 Modelo Conceptual de Mortalidad y Mortalidad Materna y Neonatal	22
Figura 10 Modelo Conceptual de Mortalidad en la Niñez	24
Figura 11 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por ITS, VIH y Sida	25
Figura 12 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis en todas sus formas	27
Figura 13 Malaria Confirmada Distribución Absoluta por Grupos de Edad República de Guatemala - Año 2018 (Hasta la 23ª semana epidemiológica)	28
Figura 14 Modelo Conceptual de Incidencia de Malaria	29
Figura 15 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)	32
Figura 16 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles	34
Figura 17 Cadena de Resultados para Malaria	45
Figura 18 Cadena de Resultados para disminuir la Morbi-Mortalidad por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)	51
Figura 19 Cadena de Resultados para reducir la Morbi-Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles	55
Figura 20 Resumen de la Estrategia de Implementación	72
Figura 21 Modelo Conceptual de Cobertura Sanitaria Universal	78
Figura 22 Modelo Conceptual de Salud Mental	79

Índice de Gráficas

Gráfica 1 Tendencia de la Mortalidad Materna Guatemala, 1989 - 2016 y preliminar 2017	21
---	----

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2010). Resolución 64/292.
- Minfin - Segeplan. (2012). Guía Conceptual de Planificación y Formulación Presupuestaria Por Resultados para el Sector Público. Guatemala.
- MSPAS. Dpto Epi. (2016). Memoria de labores de áreas de salud 2013-2016. Guatemala.
- MSPAS. SIGSA. Departamento de Epidemiología (2016-2017). Informe de situación epidemiológica de la malaria. Guatemala.
- MSPAS. SIGSA/Departamento de Epidemiología (2017). Informes epidemiológicos 2000-2016. Guatemala.
- MSPAS/PROSAN. (2018). Plan Estratégico del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Guatemala, Guatemala.
- Profesor Amartya Sen, R. d. (2009). Discurso inaugural sobre la "Salud y el Desarrollo" ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala. Cuentas nacionales de salud: análisis del financiamiento de la salud en Guatemala período 1995-2014 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Representación Guatemala. 2015. Guatemala
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Epidemiología. Presentación del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) Nacional para el 2016. Abril 2018



Presentación

El mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. Los que preguntan si una mejor salud es buen instrumento del desarrollo quizás pasen por alto el elemento de diagnóstico más fundamental: que la salud forma parte integrante de un buen desarrollo. La justificación de la asistencia sanitaria no tiene que probarse instrumentalmente, es decir tratando de mostrar que la buena salud puede contribuir también a un aumento del crecimiento económico.

La buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana.

El mejoramiento de la salud puede favorecerse mediante diversas medidas, incluidas las políticas públicas (como es la prestación de servicios epidemiológicos y de asistencia médica). Si bien el progreso económico y el logro de la salud parecen estar directamente relacionados entre sí, esta relación se debilita como consecuencia de varios factores de política. (Profesor Amartya Sen, 2009).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), consciente de la importancia estratégica del sector Salud para el desarrollo del país y del rol rector que debe cumplir, sustenta su gestión en la Ley del Organismo Ejecutivo (Decreto 114-97 del Congreso de la República) y su Reglamento Orgánico Interno, (Acuerdo Gubernativo 115-99), que le confieren funciones, atribuciones y responsabilidades orientadas a velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes así como desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

El Plan Estratégico Institucional 2018-2032 del MSPAS, es un documento que pone a disposición del Despacho Superior, las unidades ejecutoras, direcciones y unidades estratégicas del ministerio así como a la población en general, los aspectos estratégicos y operativos que contribuyen a disminuir las problemáticas que afectan a la población guatemalteca según sus ciclos de vida. Tiene el objetivo de orientar la gestión institucional de manera planificada y consensuada para lograr acciones que contribuyan al desarrollo del sector en el corto y mediano plazo.

Es importante resaltar que el PEI 2018-2032 responde además a la visión de país de largo plazo establecida en el marco de las prioridades y las metas estratégicas de desarrollo que recogen los elementos del Plan y la Política Nacional de Desarrollo K'atun 2032, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Política General de Gobierno 2016-2020 así como otros instrumentos de política pública que orientan el que hacer en la administración pública, plantea los resultados y las intervenciones para su cumplimiento.

En el PEI se definen los resultados estratégicos y metas los cuales responden a la problemática priorizada del sector que enfrenta la población que habita principalmente en las áreas rurales del país. Para su elaboración, se consideraron los Lineamientos Generales de Política Pública para el Ejercicio Fiscal 2019 y Multianual 2019-2023; la Guía Conceptual de Planificación y Presupuesto por Resultados para el Sector Público de Guatemala y las herramientas de planificación establecidas por Segeplan, como ente rector del proceso de planificación en el país. Dichos instrumentos fueron aplicados con el respaldo y compromiso de las autoridades del despacho superior, en un proceso participativo con representantes de las diferentes unidades ejecutoras, direcciones y programas del Ministerio, bajo el liderazgo y la coordinación de la Unidad de Planificación Estratégica.

Considerando que este instrumento orientará la programación y la asignación de recursos presupuestarios, el MSPAS, asume el compromiso y prioriza en materia de salud, la accesibilidad en la prestación de los servicios a todas las personas, familia y/o comunidad, considerando en especial a grupos más vulnerables, por tal razón y en atención a las necesidades de salud del país, se suma al esfuerzo para el logro de las metas de largo plazo establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo así como en la Política General de Gobierno 2016-2020:

- 1.) Para el 2032, reducir la tasa de mortalidad materna en cinco puntos porcentuales anuales, iniciando en 2015.
- 2.) Para el año 2032, reducir la tasa de mortalidad infantil en veinticinco puntos así como reducir la tasa de mortalidad en la niñez en treinta puntos.

Cabe resaltar que, en el plano institucional, la presente administración impulsa la Reforma del Sector Salud, la cual contempla los elementos principales que permitirán superar las debilidades que el Ministerio viene arrastrando históricamente. Los ejes de la reforma están orientados a: I) Fortalecimiento del rol rector del MSPAS en su rectoría y gobernanza para la salud en el Estado de Guatemala; II) Provisión de servicios haciendo énfasis en las acciones dirigidas a hacer accesible a todas las personas y comunidades, los servicios de salud, convirtiendo la atención primaria en salud en el núcleo del sistema; III) Formación de recursos humanos y desarrollo de la carrera sanitaria; IV) Acceso a medicamentos; V) Sistema de información; VI) Financiamiento de la salud. Este proceso prevé trabajar con Direcciones Regionales del Sector Salud e instalar el sistema de Redes Integradas de Servicios de Salud

La visión del ministerio está orientada a disminuir y/o erradicar problemáticas que impiden el desarrollo de la población. La misión centrada en una gestión eficiente y transparente que permita una calidad de gasto público.

Con el propósito de encaminar la alineación de la gestión y acciones, el MSPAS aplica el enfoque y la metodología de Gestión por Resultados, como una estrategia centrada en el desempeño, la gestión eficiente y en las mejoras sostenibles en los resultados del país; centra su atención en el ciudadano y las necesidades que éste valora para su desarrollo. (Minfin - Segeplan, 2012)

Finalmente, este PEI 2018-2032 se establece como el único documento vigente para el quehacer institucional del MSPAS y será el referente para los planteamientos operativos de mediano y corto plazo, así como del presupuesto institucional. Las versiones anteriores quedan sin vigencia a partir del presente ejercicio fiscal.



Plan Estratégico Institucional



Análisis de la Situación de Salud en Guatemala

A partir de un diagnóstico de la situación actual (por medio del análisis de brechas preferiblemente), la Planificación Estratégica establece cuales son las acciones que se tomarán para llegar a un “futuro deseado”, el cual puede estar referido al mediano o largo plazo. Esta etapa consiste en el análisis preciso y confiable de un problema (condición de interés) sobre el cual se desea incidir, conocer su magnitud, las causas que lo provocan y las intervenciones que disminuyan, incrementen, mantengan o eliminen (según sea el caso) dichas causas. (Guía GpR)

1. Diagnóstico o análisis de situación

1.1. Análisis de mandatos y políticas

En Guatemala existe un abundante marco normativo que regula los aspectos de la salud. En la Constitución Política de la República de Guatemala se establece que, el Estado velará por la salud y asistencia social de todos los habitantes; desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Por su parte, el Código de Salud instituye las funciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre ellas: desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud y las complementarias pertinentes a fin de procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud. Otros aspectos pueden observarse en instrumentos legales como la Ley del Organismo Ejecutivo, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ley de Desarrollo Social, la Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y su Reglamento entre otras.

Corresponsabilidades para el Sector y el Ministerio de Salud, se encuentran en Convenios, Tratados y Protocolos internacionales (ratificados por el Estado) así como, Políticas Públicas regionales y nacionales. Entre estas políticas, reviste de relevancia lo relacionado a la Política Pública de Reparación a las Comunidades Afectadas por la Construcción de la Hidroeléctrica Chixoy cuyos derechos humanos fueron vulnerados; Política de Desarrollo Social y Población; Plan de la Alianza para la Prosperidad del Triángulo Norte, Política de Desarrollo Rural Integral, la Agenda de Paz; la Política de Seguridad Alimen-

taria y Nutricional, Política Nacional del Sector de Agua Potable y Saneamiento, entre otros instrumentos que establecen responsabilidades e intervenciones directas o indirectas para el MSPAS.

En el ámbito internacional, se destacan los compromisos asumidos por el Estado de Guatemala con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, que promueven la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Resaltan también los compromisos asumidos en espacios regionales de coordinación referidos a salud pública.

A continuación, se lista el marco normativo que regula el que hacer del MSPAS, dichos instrumentos rigen de manera lógica el proceso de planificación, gestión y prestación de servicios públicos de salud. Se enfatiza en este documento, la normativa constitucional y e instrumentos legales vigentes que establecen intervenciones directas. Estos instrumentos más otros que definen responsabilidades para el ministerio, puede observarse a detalle en el anexo establecido por el ente rector de planificación.

Normativa	Descripción
<p>Constitucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▾ Constitución Política de la República de Guatemala ▾ Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Decreto 295-1946) ▾ Ley por la Dignidad y la Promoción Integral de la Mujer (Decreto 49-82) ▾ Ley de Protección y Mejoramiento del Medio Ambiente (Decreto 68-86) ▾ Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (Decreto 97-96) ▾ Código de Salud (Decreto 90-97) ▾ Ley del Organismo Ejecutivo (Decreto 114-97 y sus Reformas) ▾ Ley de Accesibilidad de Medicamentos (Decreto 69-98) ▾ Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer (Decreto 7-99) ▾ Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana -VIH- y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida -SIDA- y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA (Decreto 27-2000) ▾ Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) ▾ Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto 11-2002) ▾ Código Municipal (Decreto 12-2002) ▾ Ley General de Descentralización (Decreto 14-2002) ▾ Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (Decreto 27-2003) ▾ Ley de Idiomas Nacionales (Decreto 19-2003) ▾ Acuerdos de Paz. (Decreto 52-2005) ▾ Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) ▾ Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005) ▾ Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32 -2010)
<p>Leyes que establecen responsabilidades para Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▾ Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) ▾ Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto 11-2002) ▾ Código Municipal (Decreto 12-2002) ▾ Ley General de Descentralización (Decreto 14-2002) ▾ Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (Decreto 27-2003) ▾ Ley de Idiomas Nacionales (Decreto 19-2003) ▾ Acuerdos de Paz. (Decreto 52-2005) ▾ Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) ▾ Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005) ▾ Ley de Maternidad Saludable (Decreto 32 -2010) ▾ Ley Contra la Narcoactividad (Decreto 48-92) ▾ Ley de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (Decreto 109-96) ▾ Ley de Atención a las Personas con Discapacidad (Decreto 135-96) ▾ Ley Orgánica del Presupuesto y su Reglamento (Decreto 101-97) ▾ Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) ▾ Ley de la Contraloría General de Cuentas y las Normas de Control ▾ Ley Marco del Cambio Climático (Decreto 7-2013) ▾ Ley de Servicio Civil ▾ Ley de erradicación de la Malaria (Decreto 1080)
<p>Leyes Relacionadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▾ Ley de la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (Decreto 109-96) ▾ Ley de Atención a las Personas con Discapacidad (Decreto 135-96) ▾ Ley Orgánica del Presupuesto y su Reglamento (Decreto 101-97) ▾ Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) ▾ Ley de la Contraloría General de Cuentas y las Normas de Control ▾ Ley Marco del Cambio Climático (Decreto 7-2013) ▾ Ley de Servicio Civil ▾ Ley de erradicación de la Malaria (Decreto 1080)

Convenios y convenciones Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Objetivos de Desarrollo Sostenible ▼ Convención sobre la Eliminación de todas las formas. de Discriminación contra la Mujer ▼ Atención Primaria en Salud Renovada
Códigos	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Código de Salud. ▼ Código Deontológico del Colegio de Médicos y otras profesiones que laboran en el MSPAS.
Reglamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Reglamento Orgánico Interno del MSPAS (Acuerdo gubernativo 115-99).
Otros instrumentos normativos	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Normas de atención en Salud Integral para el primer y segundo nivel ▼ Guía de atención Integral para la embarazada menor de 14 años. ▼ Protocolo de atención en salud integral de niñas y niños en situación de Maltrato infantil. ▼ Protocolo de atención en salud integral para la niñez y adolescencia en situación de trabajo infantil y sus peores formas ▼ Protocolo de Vigilancia Epidemiológica orientado hacia la eliminación de la Malaria ▼ Declaración “Hacia la eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE) en el 2020. San José, Costa Rica, 2013 ▼ Marco para la eliminación de la malaria 2016-2030 (2015), Organización Mundial de la Salud OMS. ▼ Marco para la eliminación de la malaria. 2017, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS ▼ Política Pública de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2010-2020 ▼ Política Pública para la Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia 2017-2032

1.2. Marco político referencial

En el marco de las políticas públicas vigentes, también se han definido resultados e intervenciones del MSPAS.

Se resalta en este apartado, los compromisos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo: Katu'n Nuestra Guatemala 2032, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Política General de Gobierno 2016-2020.

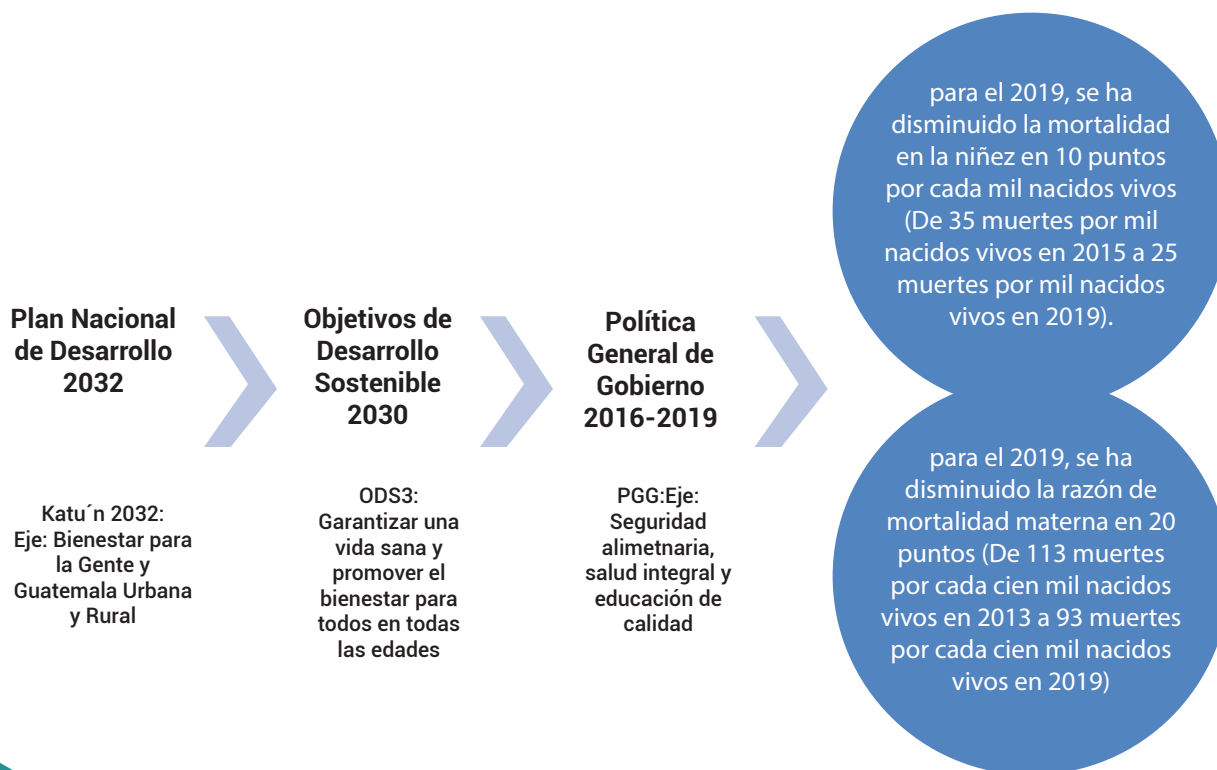
Adicionalmente, se han considerado según la competencia del MSPAS, las diez prioridades nacionales con sus dieciséis metas establecidas

por el Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural (Conadur) según Punto Resolutivo 08-2017.

En la figura siguiente, se observa la alineación de estos tres instrumentos orientadores y los resultados finales esperados, los cuales están bajo la rectoría del MSPAS en función de su competencia.

Si bien se presentan las metas para el 2019, en este planteamiento estratégico se abordarán las metas de largo plazo en el marco del Plan Nacional de Desarrollo.

Figura 1
Vinculación de los Resultados Estratégicos con instrumentos orientadores

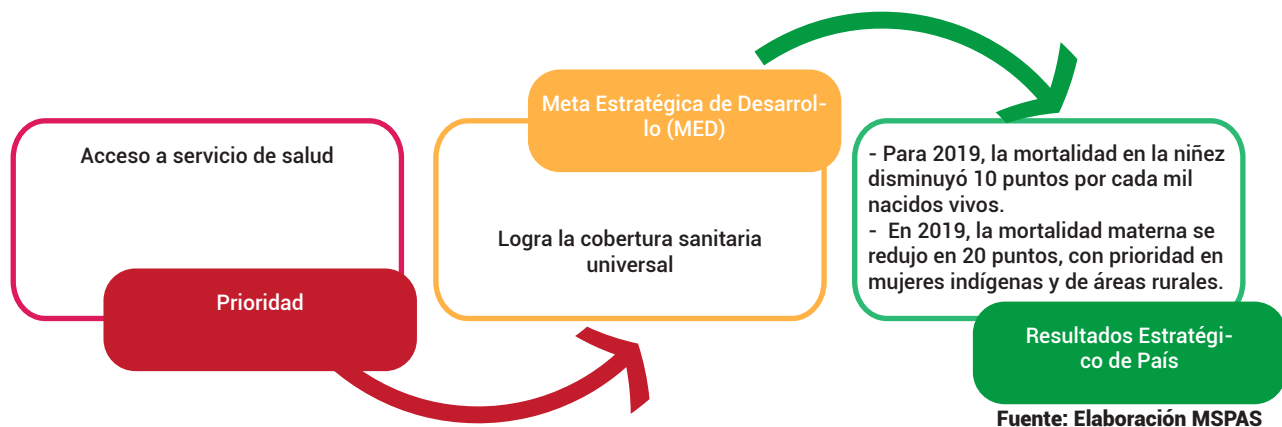


Fuente: Elaboración MSPAS

Desde otra perspectiva y en el marco de los Lineamientos Generales de Política establecidos por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan) para el ejercicio fiscal 2019 y Multianual 2019-2023, se presentan los resultados estratégicos bajo la responsabilidad del MSPAS en el

marco de las Prioridades de País y las Metas Estratégicas de Desarrollo (MED) establecidas según el Punto Resolutivo del Conadur 08-2017 y 03-2018. Cabe mencionar que los aspectos vinculados a esta MED, se encuentran en acciones o intervenciones en los distintos resultados establecidos por el MSPAS.

Figura 2
 Vinculación de los Resultados Estratégicos con MEDs



Es necesario mencionar lo relativo al resultado establecido para la Desnutrición Crónica en función de las intervenciones estratégicas que el MSPAS ha determinado para disminuir o eliminar esta problemática.

instrumentos orientadores de política pública establecidos. Igualmente, se presenta la vinculación con las prioridades y las metas estratégicas de desarrollo y en este planteamiento estratégico, se desarrollarán las estrategias para lograr los resultados de largo plazo establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.

En la figura siguiente, se observa la vinculación de los

Figura 3
 Vinculación del Resultado Estratégico de Desnutrición Crónica con instrumentos orientadores

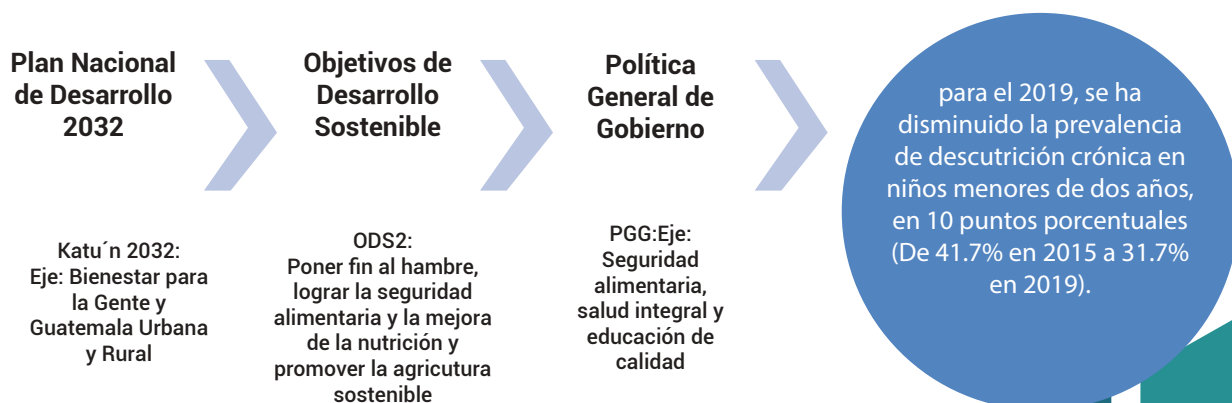


Figura 4
 Vinculación del Resultado Estratégico de Desnutrición Crónica con MEDs



Fuente: Elaboración MSPAS

Adicionalmente, se encuentran otros instrumentos de política pública en los cuales se establecen responsabilidades para el MSPAS (ver cuadro 1), en detalle, se podrá observar en el anexo respectivo.

1.3. Análisis de Población

Los indicadores demográficos son también epidemiológicos. La forma más adecuada de analizar la situación de Salud de una población es a través de los indicadores epidemiológicos. En general, los indicadores de mortalidad (general, infantil y materna) y la esperanza de vida, todos ellos expresados en la pirámide poblacional, suelen dar una impresión aproximada del perfil epidemiológico de una población. Sin embargo la descripción de otros indicadores como los de morbilidad y de servicios es esencial para definir la situación de salud (Barragan 2007:96).

En ese sentido, las Normas de Atención en Salud Integral elaboradas con el enfoque de desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Guatemala, tienen su expresión en el primero y segundo nivel de asistencia sanitaria, desde los pilares de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, curación y rehabilitación; con participación de las personas, la familia y la comunidad que son, en esencia, los beneficiarios directos del impacto de estas normas. Para fines operativos, se han dividido las etapas del ciclo de vida en las siguientes edades:

Figura 5
 Ciclos de vida de la población guatemalteca

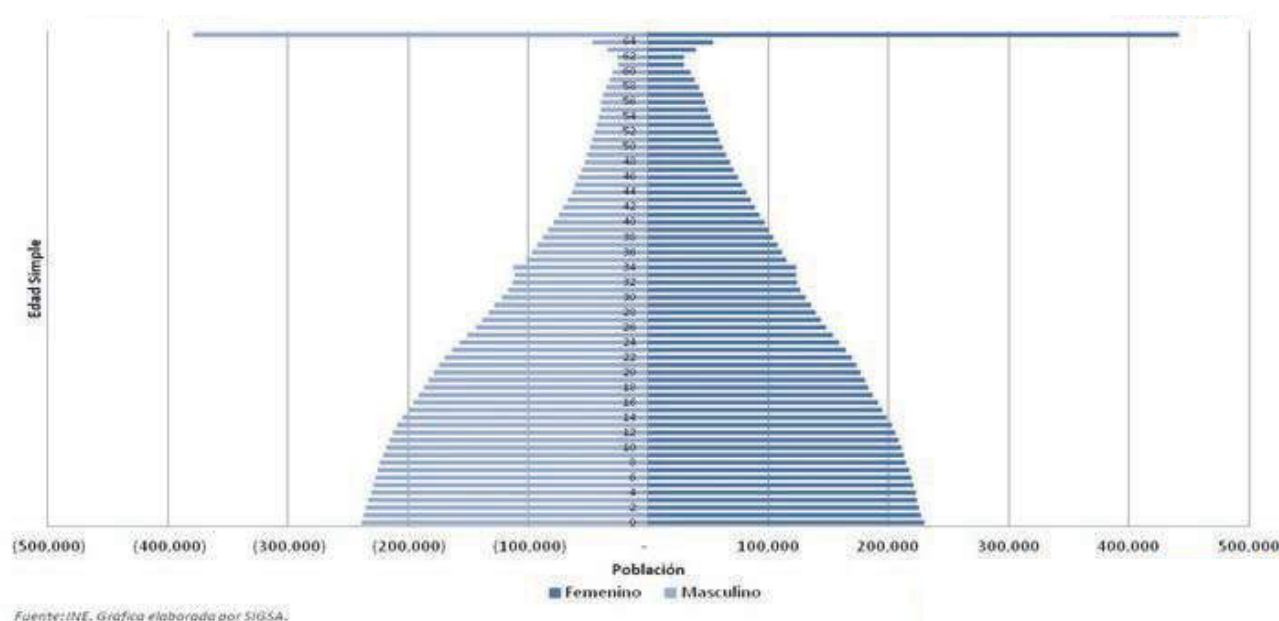


Fuente: Elaboración MSPAS

En el marco de los ciclos de vida establecidos, el MSPAS realiza un análisis de las diversas demandas así como los servicios para la totalidad de la población del país. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población proyectada para el 2018 es de 17,311,085 personas, siendo 8,841,097 mujeres (51.1%) y 8,469,989 hombres (48.9%). La pirámide permite visualizar que Guatemala sigue manteniendo una base ancha, un 58.76% de la población es menor de 25 años.

Según el INE, para el quinquenio 2020-2025, la esperanza de vida al nacer es de 73.57 años (70.1 hombres y 77.2 mujeres). La Tasa de crecimiento poblacional se sitúa para el 2015 en 2.34%. En la figura siguiente, se muestra la pirámide poblacional con sus respectivas edades.

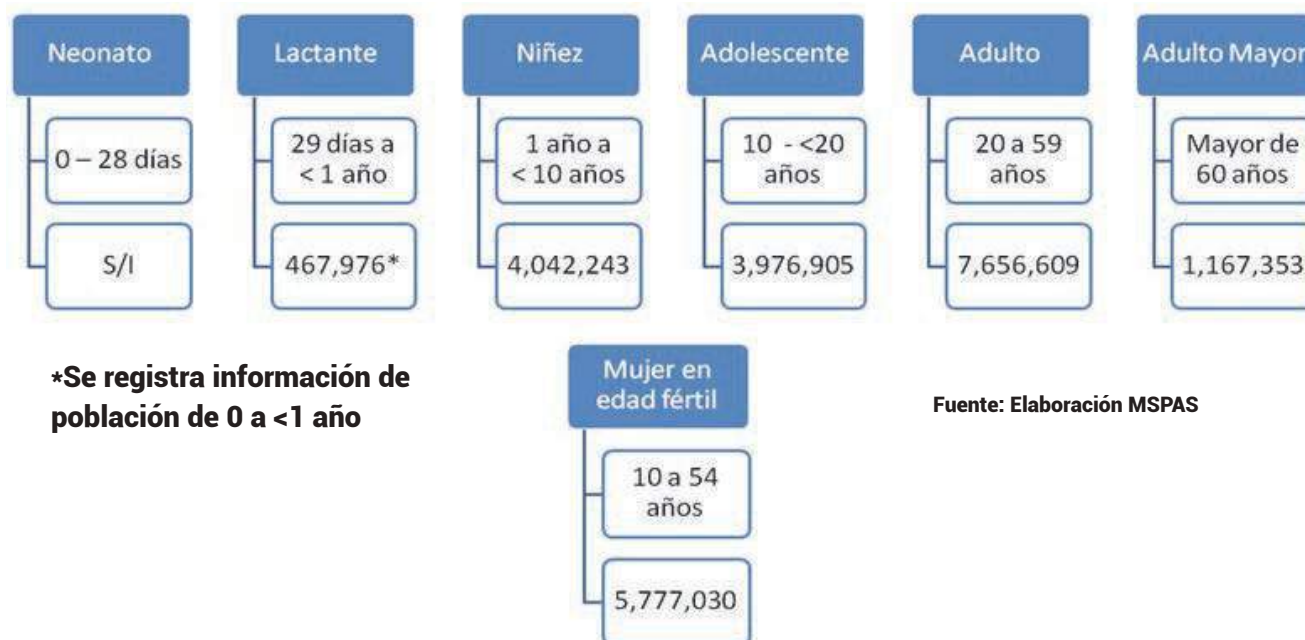
Figura 6
Pirámide Poblacional de la República de Guatemala 2018



Fuente: Elaboración MSPAS

En la figura siguiente, se observa el total de la población según los ciclos de vida establecidos. Como se observa, la concentración de la población se encuentra en adultos (20 a 59 años) y en la niñez (1 a menor de 10 años)

Figura 7
Pirámide Poblacional de la República de Guatemala



*Se registra información de población de 0 a <1 año

Fuente: Elaboración MSPAS

1.4. Identificación y priorización de la problemática

1.4.1. Aspectos generales de país: Determinantes demográficos

Con una superficie de 108,928 km², el territorio nacional de la República de Guatemala se encuentra dividido política y administrativamente en 22 departamentos y 340 municipios al año 2018. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la proyección de población para ese mismo año es de 17.3 millones de habitantes de los cuales, el 51.1% son mujeres y 48.9 son hombres. El 44.62% de la población reside en el área urbana y el 55.48% en el área rural. Se registra una tasa de crecimiento demográfico de 2.34% al 2015.

Guatemala registra una tasa de fecundidad de 2.8 y natalidad de 2.6%. En el 2016 se registraron más de 390 mil nacimientos y la esperanza de vida es de 72.5 años.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016, el índice de desarrollo humano se incrementó en un 17% de 2000 a 2014, posicionándose en este último año en un desarrollo humano medio con un valor de 0,492. Finalmente se presenta el Índice de Percepción de la Corrupción, en donde Guatemala se posicionó en el puesto 143/180 con 28 puntos.

Cuadro 2
Aspectos generales de país

Población total	17,311,085 (2017)
Población Urbana	7,706,895 (2017)
Población Rural	9,604,190 (2017)
Tasa de crecimiento demográfico	2.34 (2015)
Tasa global de fecundidad	2.8 (2016)
Tasa bruta de natalidad	23.6 (2016)
Tasa bruta de mortalidad por cada 1,000 habitantes	5 (2016)
Número de Nacimientos	390,382 (2016)
Esperanza de vida al nacer (años)	72.5 (2015-2020)
Densidad Poblacional	149 (2015)
Índice de desarrollo humano	0,492 (2014)
Salud de los Hogares	39.7% (2014)
Promedio de años de escolaridad	7,0 (2014)
Índice de Percepción de la corrupción	143/180 28/100 (2017)

Fuente: Elaboración propia (varias fuentes)

Bajo la perspectiva del desarrollo humano, la pobreza se entiende como un conjunto multidimensional de privaciones en las capacidades humanas, incorporando aspectos como salud, educación y calidad de vida.

Se observa en el siguiente cuadro, los niveles de pobreza general y extrema que registra el país, los cuales no presentan una evolución favorable. La educación y el empleo también registran una situación desfavorable para la población y desafíos para el sector salud en Guatemala

Cuadro 3
Aspectos socioeconómicos de país

Pobreza general	59.28 (2014/2015)
Pobreza extrema	23.36 (2014/2015)
Tasa de Alfabetismo	76.5 (2015)
Tasa de escolarización primaria	56.31 (2016)
Producto Interno Bruto	3.1 (2016)
Población Económicamente Activa	6.6 (2016)
Subempleo visible	11.5 (2016)
Carga Tributaria Neta	12.1 (2017)

Sumado a lo anterior, el crecimiento de la urbanización concentra nuevos riesgos y peligros para la salud; se relacionan con el agua, el ambiente, la violencia y los traumatismos, las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), alimentación inadecuada, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, así como con los riesgos asociados a brotes epidémicos.

Los efectos del cambio climático amenaza con un creciente aumento del número de desastres, pondrán al país en alta vulnerabilidad a los daños a la salud que esto produce: lesiones e impactos en la salud mental, asma y enfermedad cardiovascular, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedad alérgica respiratoria, cólera, cryptosporidios, campylobacter, leptospirosis, desnutrición, enfermedad diarreica, enfermedad y muerte relacionada al calor u otros eventos.

Transición epidemiológica: Se evidencia una tendencia al envejecimiento de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Esto determina que se presenten en este grupo, mayores riesgos de enfermar y morir, principalmente a las enfermedades crónico-degenerativas (Cardiovasculares, Diabetes, Neoplasias malignas, Enfermedad Renal Crónica entre otras.)

Esto conduce a una mayor utilización de los servicios, mayor costo de la atención y mayor capacidad resolutive de los servicios de salud, que habrá que tomar en cuenta para el nuevo modelo de atención.

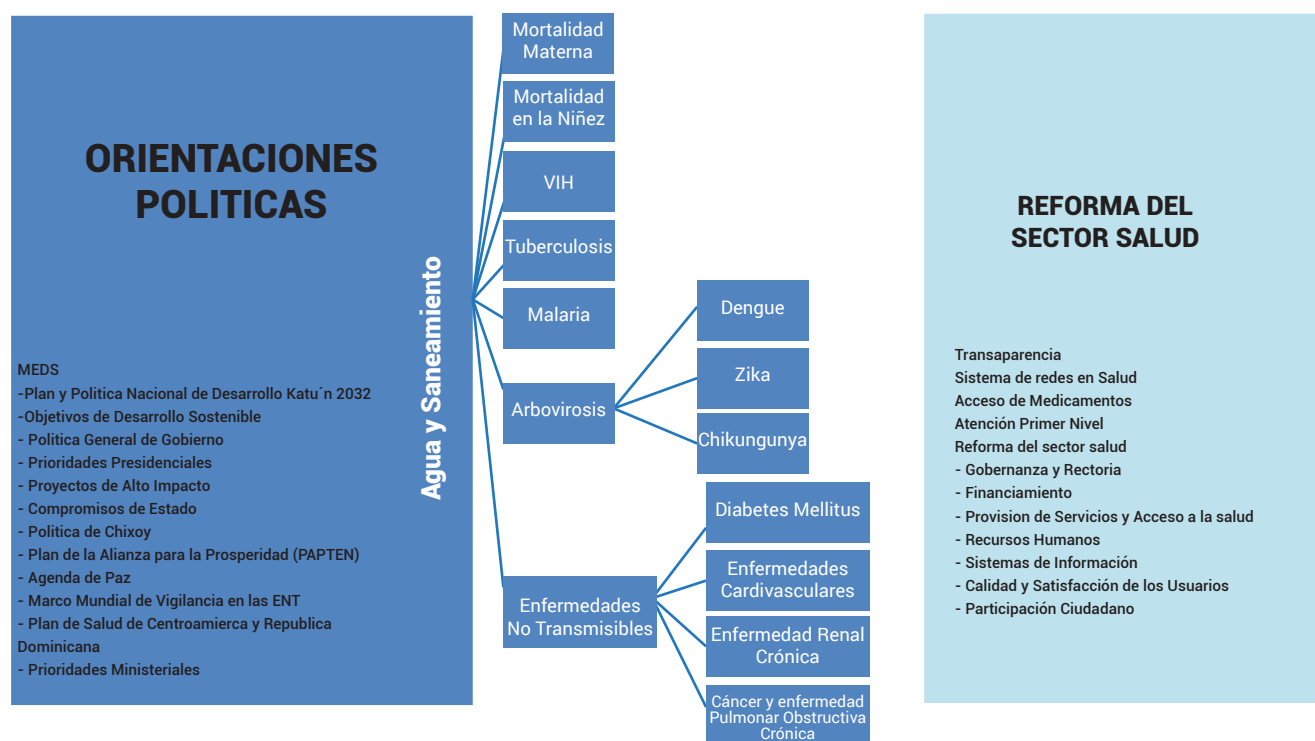
1.4.2. Análisis de la Situación de Salud en Guatemala

En este apartado se presenta un resumen del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en Guatemala. En la figura No.8, se observan las prioridades de política pública establecidas para el período del Plan Estratégico Institucional 2018-2032, las cuales responden a lo establecido en los instrumentos nacionales establecidos y ratificados por el Estado de Guatemala. Cabe resaltar que algunas prioridades responden al ámbito nacional y otras establecidas como prioridades institucionales y que responden al mandato del MSPAS.

En este marco, también se plantea lo relativo a las prioridades institucionales establecidas, principalmente, en la Reforma del Sector Salud, la cual tiene como objetivo fundamental, ejercer el derecho a la salud a través de lograr el acceso y la cobertura universal de los servicios integrales de salud, con un abordaje desde los determinantes sociales de la salud.

Como un eje transversal a estas prioridades, se encuentra el agua potable y saneamiento, el cual es considerado como un derecho humano fundamental para el pleno disfrute de la vida y de todos los derechos humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2010), para ello, se hace necesaria la implementación de la Política Nacional del Sector de Agua Potable y Saneamiento como prioritaria y de necesidad pública, para garantizar el acceso y cobertura universal de la población a los servicios de agua potable, con énfasis en la gestión de las propias comunidades, para garantizar el manejo sostenible del recurso, así como a los servicios para la disposición final de excretas, la conducción y tratamiento de aguas residuales y fomentar acciones de educación sanitaria para el correcto uso de las mismas.

Figura 8
 Prioridades de Política Pública y Prioridades Institucionales MSPAS



Fuente: Elaboración MSPAS 2018

Previamente a detallar la situación de las problemáticas priorizadas, cabe indicar que la Tasa Bruta de Mortalidad para el año 2014 fue de 4.9 muertes por mil habitantes. Los departamentos que registran tasas en alto riesgo y superiores a la tasa nacional son las de El Progreso y Zacapa, (con 6 defunciones por 1,000 habitantes respectivamente), Escuintla (5.7), Santa Rosa (5.6), Jutiapa (5.6), Guatemala (5.5) Retalhuleu (5.3) y Suchitepéquez (5). El resto de departamentos están por debajo de la tasa nacional. La tendencia de la mortalidad en Guatemala, se observa una disminución de la tasa en el periodo 2004-2014 (de 5.4 a 4.9).

En relación a las causas específicas de mortalidad en el 2014, si bien, la neumonía ocupa el primer lugar (9.4%), se puede observar que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, relacionadas con la enfermedad metabólica, las cardiovasculares y las neoplasias, ocuparon las 20 primeras causas de defunción en la población guatemalteca. La Diabetes Mellitus y el infarto agudo del corazón se ubicaron en el segundo y tercer lugar con 7.8 y 7 % respectivamente. Las lesiones por arma de fuego ocupan un cuarto lugar con 5.6%. Dicha situación presenta la misma tendencia para el 2016.

Para el 2014 las enfermedades específicas de muerte en el sexo femenino, la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar como causa de mortalidad (11.8%), seguido de las neumonías (11.4%) y el infarto agudo de miocardio (8.3%). Las causas específicas de mortalidad para los hombres en el 2014, la neumonía ocupa el primer lugar con 9.4%, seguido de lesiones por arma de fuego con 9.3% e infarto agudo del miocardio con 7.1%.

En relación a las causas específicas de morbilidad en el 2015, se observa que las enfermedades cardiovasculares y respiratorias ocupan el primer lugar con 30.58%, seguido por ciertas infecciones y parasitarias (17.3%) y como tercera causa se observan las enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (9.63%).

A continuación, se detalla la situación de cada problemática priorizada, la cual en los anexos respectivos, presentan los modelos de planificación atendiendo la metodología de planificación con enfoque de Gestión por Resultados.

a. Mortalidad Materna

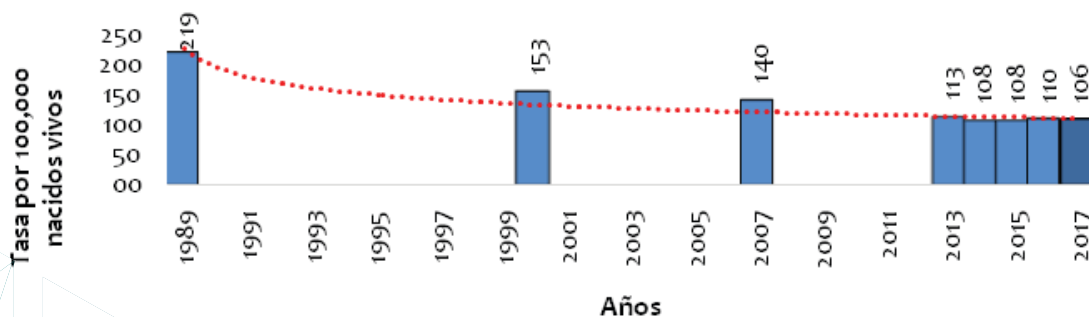
La Muerte Materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro

de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1993)

Durante los años 2014, 2015 y 2016, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) se sitúa en 108 para el 2014 y 2015 respectivamente y de 110 para 2016 muertes por 100,000 nacidos vivos, para el 2017 se tiene un dato preliminar de 106.

Sin embargo, los resultados del análisis de la situación de la mortalidad materna comparado desde 1989 al 2015 muestran avances permanentes en la reducción de la RMM: en el período 1989 (219) al 2000 (153) se redujo un 30%, entre el 2000 y 2007 (139) se redujo un 9%, entre 2007 al 2013 (113) disminuyó un 19% y desde el 2013 al 2015 se redujo otro 4.4% a nivel nacional. Si se observa la RMM desde el 1989 (219) al 2015 (108) la reducción fue de un 51% en un lapso de 26 años. Cuando se observa la disminución de la muerte materna en el país, se puede determinar que la reducción se da en un 2 a 2.5 % anual.

Gráfica 1
 Tendencia de la Mortalidad Materna Guatemala, 1989 - 2016 y preliminar 2017



Fuente: Estudios Nacionales de Mortalidad Materna. MSPAS.

En el 2016, la RMM mostró algunas diferencias por departamento, evidenciando que el 55% (12/22) de los departamentos se encuentran por encima de la media nacional de RMM, (110 x 100,000 nacidos vivos), estos departamentos son: Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Chimaltenango, San Marcos, Izabal, Santa Rosa, El Progreso y Chiquimula. (DAS-Epidemiología-PNSR).

En el análisis de muerte materna en el 2016 sobre la causa básica agrupada y por el lugar de ocurrencia, se observa que el mayor número de muertes se estableció en Hospital Público con un 45.5 % (204/448); en el domicilio el 33.7% (151/448); en vía pública el 10.04% (45/448); en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS el 5.6 % (25/448); en el CAP o CAIMI el 2.9% (13/448) y Hospital Privado el 2% (9/448).

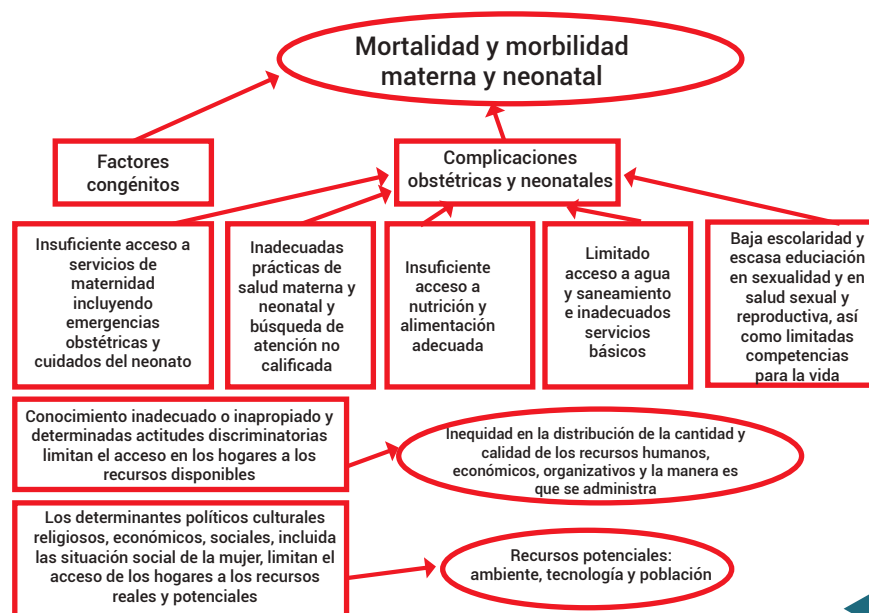
frecuentes son las hemorragias 54% y la hipertensión arterial con 23% que se relacionan con la atención del parto y puerperio, en su conjunto suma el 77% de todas las causas de Mortalidad Materna. (DAS-Epidemiología-PNSR). Las muertes se presentan más en los grupos de edad de 15 a 44 años, representando aproximadamente el 69% (251/366), no ocurrieron muertes maternas en las mujeres menores de 15 años. (DAS-Epidemiología-PNSR)

Otro dato importante a considerar es la prevalencia de anemia a nivel nacional, en el caso de mujeres, es de 13.6%, siendo los porcentajes más elevados en las edades de 35 a 39 años y de 40 a 44 con un 15.8%, En relación a las embarazadas con anemia 24.2% y en las mujeres en edad fértil de 14.5% (MSPAS/PROSAN, 2018)

A continuación, se presenta el modelo conceptual de la problemática de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Las causas básicas de muerte materna más

Figura 9
 Modelo Conceptual de Mortalidad y Mortalidad Materna y Neonatal



Fuente: Unicef

Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorpora en un documento específico.

b. Mortalidad Infantil

La evolución de la mortalidad infantil descendió de 73 a 28 defunciones por cada mil nacidos vivos, es decir, un 61% durante el periodo de 1987 a 2015. Al desagregar la información en mortalidad neonatal (de 0 a 27 días) y mortalidad pos neonatal (de 28 días a menores de 1 año), se puede observar que durante 1987-2014/2015 hubo reducción significativa (ENSMI). El descenso ha sido más evidente en la mortalidad pos neonatal, que registra un reducción de 40 a 11 por cada mil nacidos vivos (72.5 %), valor comparado con la mortalidad neonatal, que descendió de 33 a 17 por cada mil nacidos vivos (48.5%). La mortalidad neonatal mantiene el mismo valor registrado para 2008/2009.

La tasa de mortalidad neonatal temprana (12/1000 durante el periodo de 0 a 7 días) representa el 71% de la mortalidad neonatal (17/1000), lo que refleja una importante carga de la mortalidad neonatal temprana a la mortalidad infantil. Cabe mencionar que la mayoría de las muertes fetales como neonatales registradas en el país, ocurren en la población rural con escasos recursos económicos, menor nivel de educación, sin ningún control prenatal, con nacimientos en casa y con un peso al nacer menor de 5.5lbs. (Protocolo Mortalidad neonatal y Mortalidad Tardía, 2016)

c. Mortalidad de la Niñez

En el periodo comprendido entre 1987 y 2015, la mortalidad de la niñez presentó una reducción significativa de 68.1%, pasando de 110 a 35 defunciones por cada mil niños nacidos vivos, lo

que superó la meta esperada para 2015, que era de 37. Este logro representa un importante esfuerzo de país

Sin embargo, el dato actual de 35 defunciones por mil nacidos vivos, se sitúa por encima del promedio reportado para el año 2012 por los países latinoamericanos (19 por mil nacidos vivos) y las regiones desarrolladas (6 por mil nacidos vivos) (Naciones Unidas, 2014). De acuerdo a la medición de desigualdades se observan claras diferencias al desagregar la información por departamento, por área (urbano/rural) y por etnia.

En este ámbito también es relevante mencionar que en Guatemala el 46.5% de la niñez menor de cinco años padece desnutrición crónica (talla para la edad, menor de -2 DE), la cual, es mayor en el área rural (53%) principalmente en el Nor Occidente (68.2%), en el Norte (50%), en Sur Occidente (51.9%) y en la niñez indígena (58%). La prevalencia nacional de desnutrición aguda (peso para la talla, -2DE) es baja (0.7%). (MSPAS/PROSAN, 2018)

La prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en los niños de 6 a 59 meses (menos de 11mg/dl) es de 32.4% a nivel nacional y en niñez entre seis y 11 meses es de 32.4% (ENSMI 2014/2015).

La práctica de la lactancia materna se encuentra en disminución constante conforme aumenta la edad del niño o niña. La recomendación para una alimentación adecuada de la niñez menor de seis meses es la lactancia materna exclusiva (LME), sin embargo, en Guatemala la duración de la lactancia materna exclusiva es de cuatro meses (mediana). La prevalencia de la LME en la niñez menor de seis meses es de (53.1%).

Cabe mencionar que un análisis de las variables relacionadas con la misma, indica que solamente el 63% la inició en la primera media hora después del nacimiento, un 86% lactan el primer día de nacidos. A nivel nacional, un 53% de los menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, mientras que 43% de la niñez de 20 a 23 meses de edad ya no están lactando.

Contrariamente, la introducción temprana e inadecuada de otros líquidos y alimentos alrededor del segundo mes, particularmente en la población más pobre e indígena, es un factor negativo que está incrementando el riesgo nutricional de la niñez, así como aumentando la morbi mortalidad infantil debido a diarreas e infecciones respiratorias agudas.

La edad de mayor vulnerabilidad nutricional, se encuentra entre los seis y 24 meses de vida, lo cual corresponde al período en que se debe iniciar una adecuada alimentación complementaria.

Para aquellos a los que se les introduce líquidos o alimentos antes de los seis meses, el período crítico es antes. A partir de los seis meses aumenta el requerimiento nutricional que ya no es satisfecho por la lactancia materna de forma exclusiva y en el que se establece la introducción de alimentos complementarios adecuados, que en muchos casos, dadas las condiciones de pobreza, falta de educación de las familias así como prácticas y hábitos no adecuados, son de baja calidad nutritiva y preparación inadecuada.

Agregado a esta situación, existe un aumento en el déficit alimentario que depende de los períodos más críticos del año, dados por el calendario agrícola, en los cuales la ingesta calórico proteica suele reducirse a la mitad, entre otros problemas nutricionales de la población guatemalteca.

En la siguiente figura, se observa el modelo conceptual adoptado de Mortalidad en la niñez.



Figura 10
 Modelo Conceptual de Mortalidad en la Niñez

Fuente: Unicef: modelo conceptual de la desnutrición crónica

Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorpora en un documento específico.

d. VIH y VIH Avanzado

Según los registros de Epidemiología del MSPAS, el total de casos de VIH registrados, desde 1984 al mes de octubre de 2017, son 37,978, de los cuales, 23,479 son hombres (61.82%) y 14,474 mujeres (38.11%), un 0.07 sin dato sobre el sexo de la persona (25 casos). Vale mencionar que del total de los casos (37,978), el 20% (7,427) corresponde al período de 1984 – 2003 y, el 80% (30,472), del 2004 a octubre de 2017.

A continuación se presenta el modelo conceptual establecido para la problemática de prevalencia de las ITS, VIH y Sida, algunos factores causales vinculados a los servicios de salud pública en prevención y atención.

Figura 11
 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por ITS, VIH y Sida



Fuente: MSPAS.

Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, está incorporará en el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de las ITS, VIH y Sida 2017-2023

En lo que respecta a la relación hombre/mujer, ésta ha variado con los años. En 1988, fue de 8:1 (16 hombres, 2 mujeres); en 1992, la relación fue de 6:1 (95 hombres, 15 mujeres); en 1996, fue de 5:1 (435 hombres, 89 mujeres); para el 2001, fue de 3:1 (746 hombres, 282 mujeres) A partir del 2002 su tendencia es de 2:1; observando en el 2016 3:1 y 2017 2:1.

Entre enero y octubre 2017, se han identificado 1,286 casos. En los últimos seis años, se registra un promedio de 2,500 casos anuales (7 casos diarios). La tasa por lugar de residencia registra a Escuintla con un 22.87%; Guatemala con 15.73%; Retalhuleu con 13.23%; Izabal con 13.15%; Suchitepéquez con 12.92% y Sacatepéquez con 9.26%. Baja Verapaz y Huehuetenango registran las menores tasas con 0.63 y 0.45, respectivamente.

Cabe mencionar que el 65% de los casos son captados sin enfermedades oportunistas y el 35% restante ya presentan alguna complicación (VIH avanzado). También cabe indicar que, el 65% de los casos se registra en personas entre 20 y 39 años de edad.

El 96% de personas indicaron que la vía de transmisión de la enfermedad fue sexual (1,238/1,286), los mismos se identificaron como: Bisexuales 45 casos, Homosexuales 236 casos y heterosexuales 606 casos.

Finalmente, se registra la información por el grado de escolaridad de las personas infectadas, las cuales son: Analfabetos 188 casos (14.62%); Primaria 377 casos (29.32%); Básicos y Diversificado 397 casos (30.87%); Universitarios 198 casos (15.40%) y sin dato 126 casos (9.80%).

Desde el 2008 se observa un descenso en las defunciones por VIH, con el uso de antirretrovirales, existe una menor probabilidad de morir y se mantiene o aumenta la prevalencia del VIH. En el 2008 se registraron 705 y en el 2015, 470 defunciones.

e. Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* que se abrevia TB. Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con la enfermedad activa. Es una enfermedad que se puede tratar con antibióticos pero está clasificada como una enfermedad catastrófica (OMS, 2014).

Las personas de sexo masculino tratadas con esta afección fueron 1,622 en el año 2011, se incrementó a 2,059 en el año 2012, continuó el incremento a 2,140 en el año 2013 y llegó a 2,297 en el año 2015. Las personas de sexo femenino afectado con TB fue en 2011 de 1,456 personas, durante el año 2012 las afecciones se incrementaron a 1,695 mujeres. En los años siguientes continuó el incremento hasta llegar a 1,778 mujeres en el año 2015.

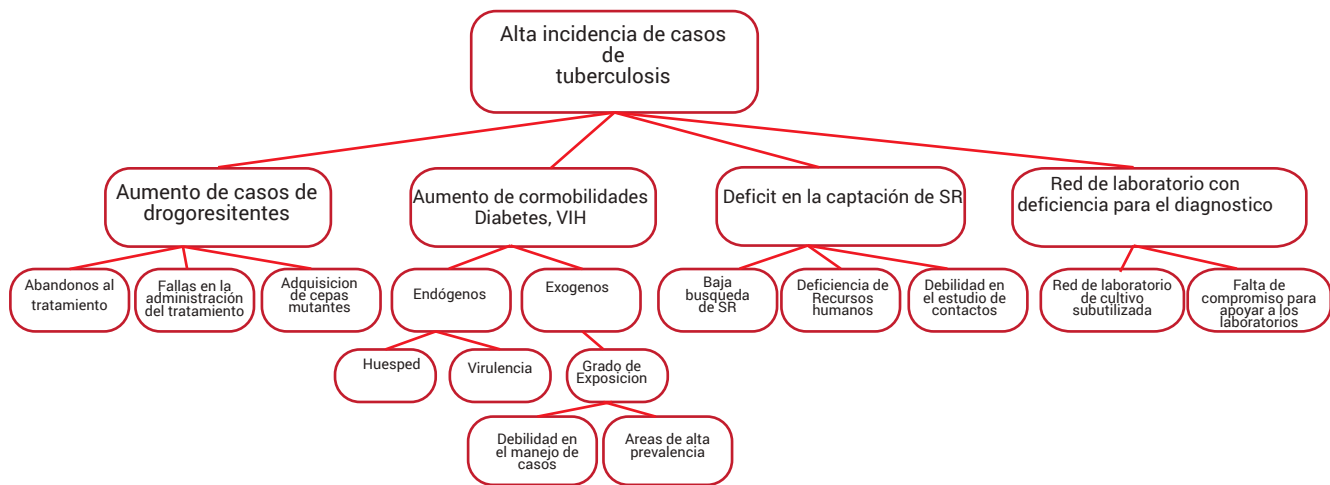
La OMS estimó para el 2016 el número de casos de tuberculosis en todas sus formas TB-TSF en 4,000 con una tasa estimada de 24/100,000 habitantes, el cual puede llegar hasta 5,100 casos con una tasa de hasta 31/100,000 habitantes. En el mismo año, Guatemala notificó un total de 3,281 casos de TB-TSF, de los cuales 3,090 (94%), fueron casos incidentes, que corresponde a una tasa de incidencia de 19.4 casos por 100,000 habitantes.

Las principales causas asociadas a la mortalidad por TB reportadas en la base de datos del Programa de Tuberculosis desde el año 2012 al 2016 son: VIH (22.5%), neumonía (8%), Cáncer (8%), Insuficiencia Renal (8%) y Diabetes (5%).

En Guatemala, a excepción del Departamento de Jalapa, los demás departamentos presentan o han presentado casos de Tuberculosis Multidro-

gresistente y Tuberculosis resistente a Rifampicina (TB-MDR-RR). Los departamentos con mayor prevalencia de TB-MDR-RR son: Escuintla (93 casos), San Marcos (92 casos), Guatemala (47 casos), Suchitepéquez (29 casos), Quezaltenango (22 casos). Retalhuleu (15 casos), Izabal (15 casos) y Huehuetenango (12

Figura 12
 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por Tuberculosis en todas sus formas



Factores socioeconómicos, están relacionados con la pobreza, migración, estigma y discriminación de pacientes con tuberculosis

Factores culturales, barreras lingüísticas, creencias de las comunidades infectadas, nivel educativo

Sistema de salud fragmentado y segmentado sin garantía de cobertura universal para la atención integral y de calidad de salud

Fuente: MSPAS. Elaboración propia con opinión de expertos.

Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, está incorporada en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial de Tuberculosis en Guatemala 2019-2023. "Hacia el fin de la Tuberculosis"

f. Malaria

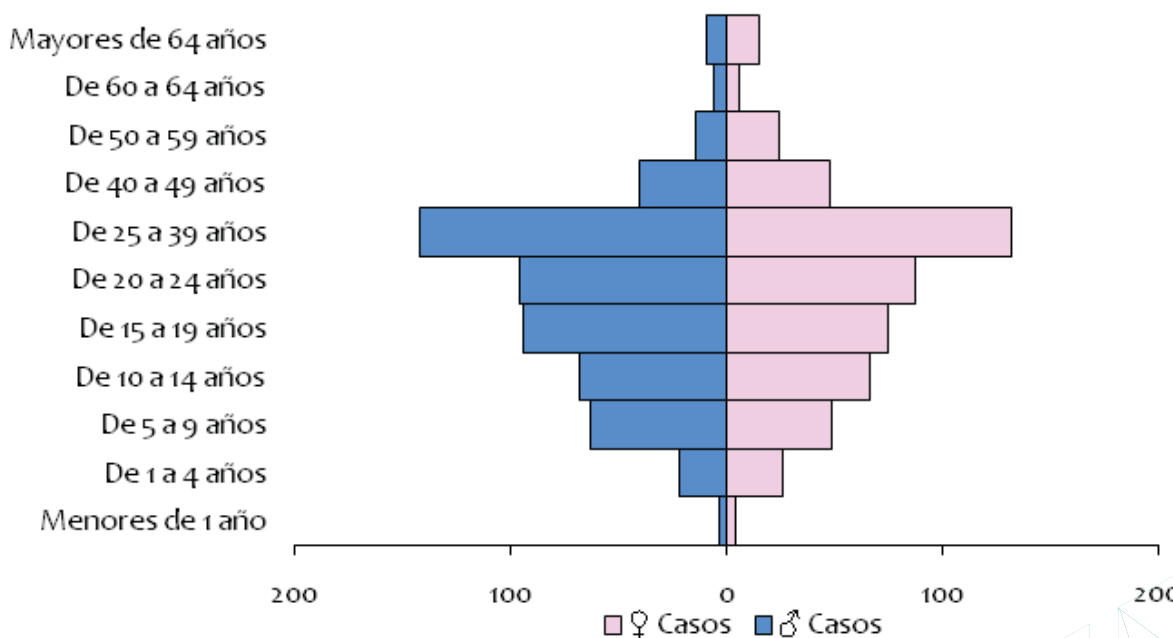
La malaria o paludismo, es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal, causada por parásitos que se transmiten al ser humano a través de la picadura por mosquitos del género *Anopheles* spp. Es transmitida únicamente por la hembra; esta adquiere los parásitos del género *Plasmodium* cuando succionan la sangre de una persona enferma, los parásitos se desarrollan en el mosquito y luego van a las glándulas salivales del vector y cuando el mosquito pica para alimentarse de sangre nuevamente los inyecta en un nuevo hospedero.

En el país la malaria disminuyó un 91% entre los años 2000 y 2016 con un total de 53,311 y 4,853 respectivamente. En el 2015 se registraron 5,536 casos, 4,853 en 2016 y en 2017 un total de 3,744 casos. A nivel nacional, se observa una reduc-

ción del 32.36% (1,792 casos menos) comparando 2015 con 2016 y, un 22.85% (1,109 casos menos) entre el 2016 y 2017. El departamento de Escuintla, reportó reducción de 9.40% (351 casos menos) entre 2015 y 2016 y, 46.58% (1.575 casos menos) entre 2016 y 2017. El muestreo se incrementó (21%) con respecto a los casos importados, se notificaron dos casos en 2015 y un caso en el 2016. (MSPAS. SIGSA/Depto. Epidemiología. 2017).

Los datos reportados evidencian que todos los grupos de edad y sexo son afectados, sin embargo, se observa una alta incidencia en el sexo femenino, sobre todo en el grupo de 20-24 años. En el sexo masculino, la incidencia más alta la presentan los grupos de 15 a 49 años y de 60 a 64 años.

Figura 13
 Malaria Confirmada
 Distribución Absoluta por Grupos de Edad
 República de Guatemala - Año 2018 (Hasta la 23^o semana epidemiológica)



Fuente: SIGSA/EPI

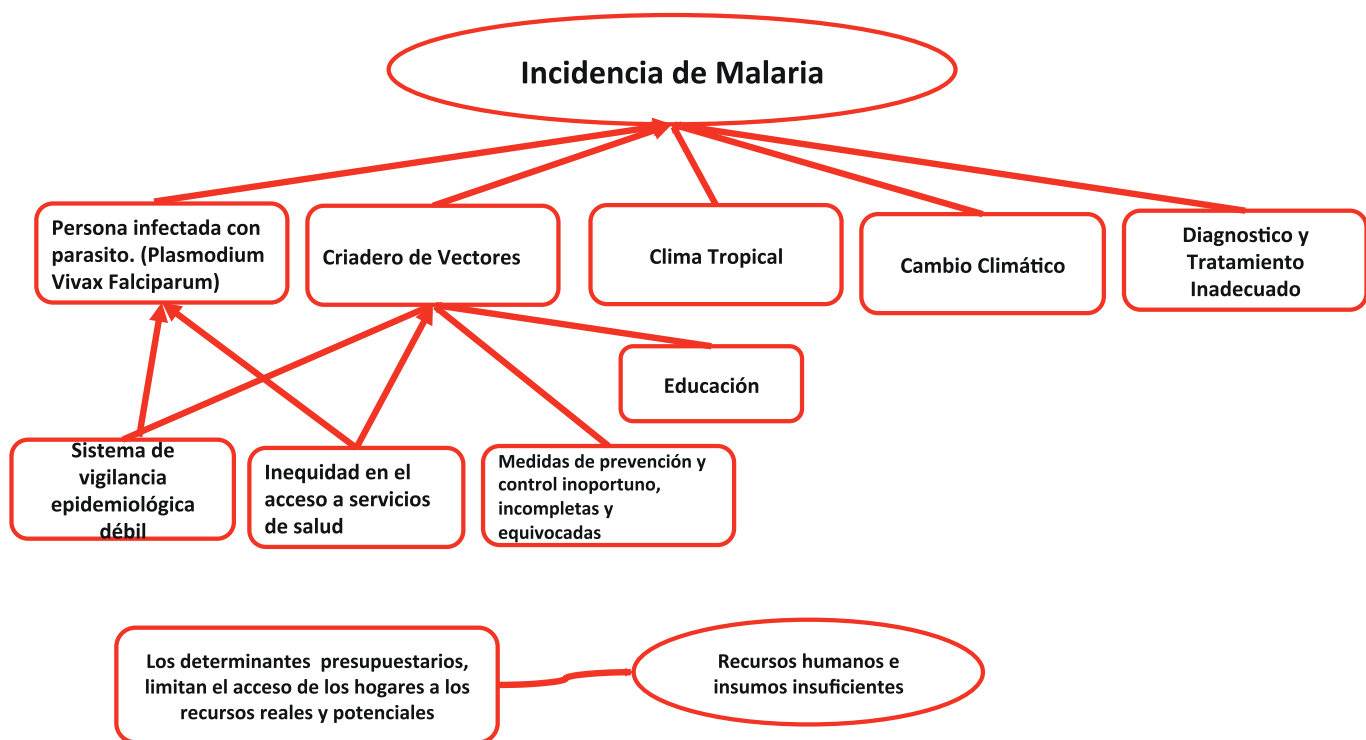
Según los datos del Departamento de Epidemiología y SIGSA del MSPAS, los casos de Malaria acumulados y reportados a nivel nacional, evidencian 2,208 casos menos comparados entre el 2016-2018 y 989 entre el año 2017-2018. El número de defunciones por malaria ha sido históricamente bajo en el país. En 2013, se registraron ocho fallecidos; uno en los años 2014 y 2015 y ninguno a partir de 2016 (MSPAS. Depto. Epidemiología, 2016).

En cuanto a la ubicación geográfica de casos, en el periodo del año 2015-2017, se concentraron en seis departamentos que son: Escuintla, Izabal, Alta Verapaz, Suchitepéquez, Retalhuleu y Peten. (MSPAS. SIGSA/Depto. Epidemiología

2016-2017). El departamento de Escuintla reportó reducción de 9.40%, (351 casos menos) entre 2015 y 2016 y 46.58% (1.575 casos menos) entre el 2016-2017. Por su parte, Suchitepéquez reportó aumento de 249.36% (197 casos) entre 2015 y 2017. En Petén Norte, aumentó de 53.19% (25 casos) entre el 2016 y 2017; y finalmente, Alta Verapaz aumentó de 26.50% (123 casos) entre el 2016 y 2017. MSPAS. Departamento Epidemiología-

A continuación se presenta el modelo conceptual establecido para la incidencia de Malaria en el país. Si bien, se observan cinco causas directas, dos son las que más impactan en la problemática central.

Figura 14
 Modelo Conceptual de Incidencia de Malaria



Fuente: MSPAS. Elaboración propia con opinión de expertos.
Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorporará en un documento específico. Propuesta en revisión.

g. Arbovirosis

Los años 2014, 2015 y 2016 constituyeron años epidémicos en el país por la nueva introducción de los virus de Chikungunya primero y luego el virus de Zika; cuyas consecuencias, de este último, en la embarazada y en el recién nacido y/o neonato así como en el infante menor de 3 años de edad, son de preocupación para la salud pública y su impacto en la salud reproductiva. De manera que ya no solo se tiene la incidencia y letalidad de Dengue/Dengue Grave sino la incidencia de las otras dos enfermedades que surgieron recientemente. Estas tres enfermedades están comprendidas entre el concepto de arbovirosis, que quiere decir virus que se replica en mosquitos para mantener el ciclo de transmisión, humano-vector-humano.

La OPS/OMS ha sido líder en la asistencia técnica y financiera para integrar el enfoque de las enfermedades virales transmisibles por mosquitos a nivel continental de las Américas y en el resto del mundo. El Estado de Guatemala forma parte de los países aliados en la definición e implementación de la Estrategia de EGI- Arbovirus, actualizado en base a los avances que se ha logrado en el abordaje de Dengue/Dengue Grave que se inicia en el 2003, como EGI-Dengue, realizando como resultado de la iniciativa, el Segundo taller en Guatemala en el 2004, en el que se define un plan estratégico propio para el país, con la inclusión del componente de Saneamiento y ordenamiento del medio ambiente por primera vez y la revisión de la parte clínica y el manejo de los casos graves de Dengue. En el 2017, se actualiza esta Estrategia, como instrumento para los países de las Américas.

Dengue

De acuerdo con la OMS, el dengue es una infección vírica transmitida por la picadura de las hembras infectadas de mosquitos del género Aedes. Existen cuatro tipos de virus. Es una enfermedad similar a la gripe y afecta a lactantes, niños pequeños y adultos (OMS, 2016). Se diagnostica por fiebre elevada de 40 grados Centígrados. Según la OMS no hay tratamiento específico del dengue ni del dengue grave, pero la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%.

En Guatemala, los primeros casos se detectaron en 1,978 a partir de la re infestación por Aedes Aegypti. En 1,988 sucedieron brotes en ocho departamentos y en 1,992 se diseminó a la Costa Sur, región central, oriente del país y Petén. Se han dado años altamente epidémicos. En Guatemala circulan los cuatro serotipos del virus del Dengue. En las primeras semanas del 2017, el reporte de casos se mantuvo en promedio de 52 casos semanales, durante el 2018 este ha sido de 33 casos. La tasa de letalidad por Dengue grave en el país, es la más elevada de Centro América, lo que implica la necesidad de atender en unidades de urgencia médica y especialidad en el manejo de los casos durante la descompensación del volumen plasmático y tratar el shock hipovolémico.

Zika

Según la OMS, el Zika es una enfermedad causada por un virus transmitido principalmente por mosquitos del género Aedes. Los pacientes pueden presentar fiebre no muy elevada, exantema, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar o cefaleas; suelen durar entre dos y siete días. Hay un consenso científico sobre la relación causal entre el virus de Zika y la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré (ataque al sistema nervioso por las propias defensas del organismo) (OMS, 2016). La red de servicios del MSPAS inició a reportar casos de personas tratadas con esta enfermedad en el año 2015.

En el 2016, fue un año epidémico de Zika en Guatemala y en el resto de países del Continente Americano. Se declara como tema emergente y reemergente en salud pública por la OMS. Entre el 75% a 80% de la enfermedad es asintomática.

La distribución de casos sospechosos de Zika, por Área de Salud en el 2017, se totalizaron en 188, de los cuales 100 se registran en el Área de Guatemala Central, le sigue Chiquimula con 22 casos y finalmente Escuintla con 15 casos. Al mes de marzo de 2018, se registran 45 casos en Guatemala y Zacapa, principalmente. En hombres se registran más casos entre 25 y 39 y menores de un año. Para las mujeres, esta problemática afecta a niñas de cero a 4 años.

En el primer trimestre 2018, se registra un caso de 57 confirmados con microcefalia asociado al Zika, 20 casos son sospechosos y 35 han sido descartados. No se registra ninguna defunción de estos casos. Aunque se ha logrado un descen-

so de la enfermedad y disminuido la transmisión de Zika en el 2017 y parte del 2018 en un 80%, las condiciones ecológicas y socioeconómico-ambientales son propicias para permanecer el riesgo de brotes y epidemia en las zonas de infestación del vector.

Chikungunya

Según la OMS la Chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre y fuertes dolores articulares, dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas (OMS, 2016). Como no tiene tratamiento curativo, el tratamiento se centra en el alivio de los síntomas.

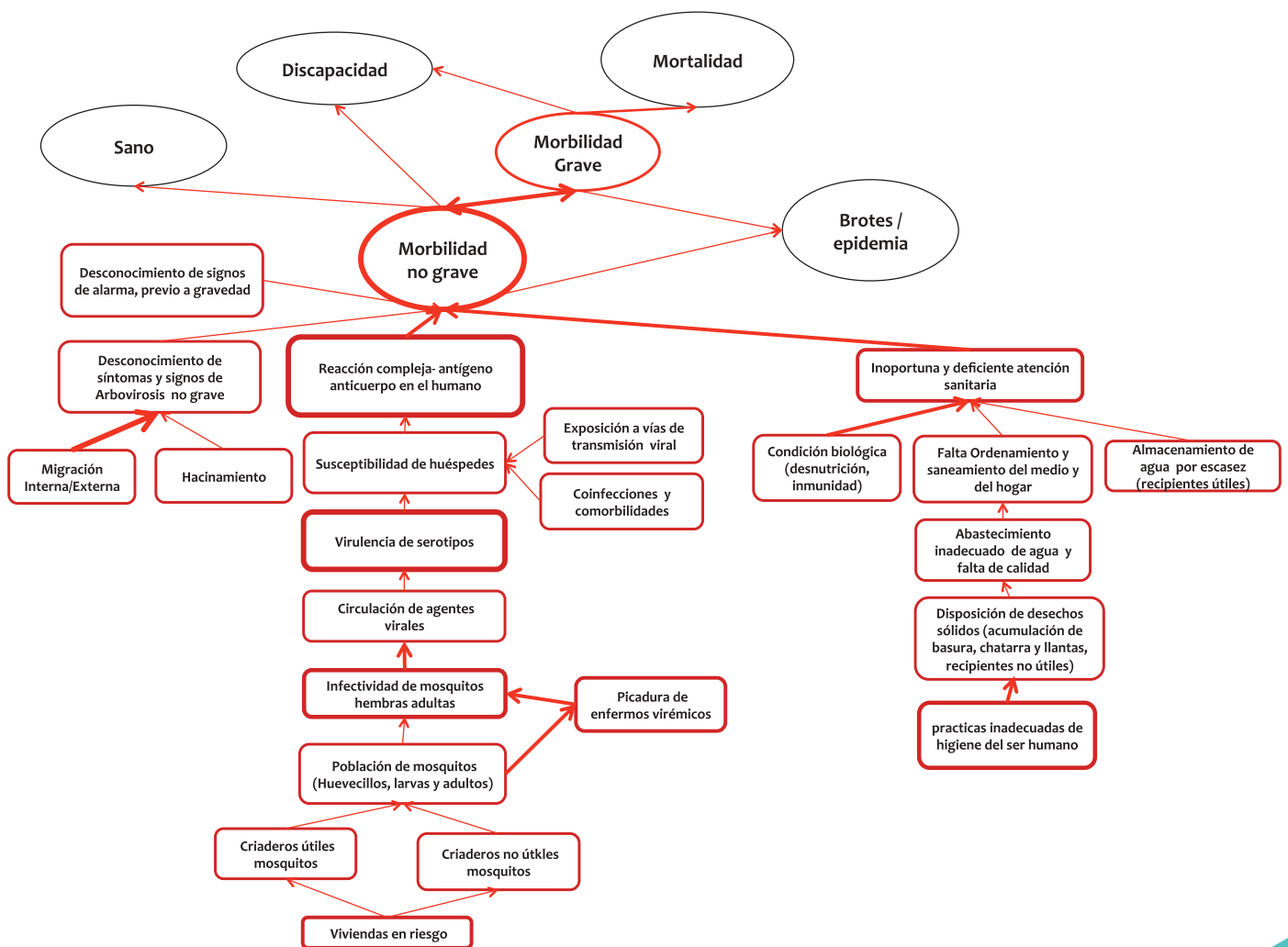
Esta enfermedad está presente en más de 60 países. En América hasta abril de 2015 se habían detectado 1,379,788 casos pero los reportes iniciaron en 2014.

A finales del 2013 se introduce el virus Chikungunya a Guatemala, evento que viene a sumarse a los desafíos de salud pública. Se inició con un alto impacto en la población susceptible para luego comenzar a disminuir. En el 2016, se registra un descenso marcado de casos en comparación con 2014 y 2015 (81 y 83% respectivamente). Se observa 10 veces de reducción para el año 2017. La infestación del vector y las condiciones ecológicas son favorables en el país para mantener el riesgo de brotes y epidemia en zonas urbanas y periurbanas.

En conclusión, se observa una disminución del 91.0% del total de casos acumulados en las tres arbovirosis con respecto al 2017. Las mujeres de 20 a 49 años continúan siendo las más afectadas en los tres eventos. Se observa un incremento en el reporte de casos de microcefalia, comparado con el 2016. Circulan dos serotipos de Dengue-2 y Dengue-3, predominio del Dengue-2.

Se incrementa el número de casos de dengue con respecto al 2016 en Zacapa, Izabal, Quetzaltenango y Chiquimula. Finalmente, la tasa de letalidad por dengue en Guatemala en lo que va del 2017 es superior a la completa del año 2016.

Figura 15
 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)



Fuente: MSPAS. Elaboración propia con opinión de expertos.

Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorporará en el Plan Nacional de Arbovirosis

h. Enfermedades No Transmisibles

En relación a las causas específicas de mortalidad en el 2014, si bien, la neumonía ocupa el primer lugar (9.4 %), se puede observar que son las Enfermedades Crónico No Transmisibles relacionadas con la enfermedad metabólica, las cardiovasculares y las neoplasias, las que ocuparon la mayor parte del listado de las 20 primeras causas de defunción en la población guatemalteca. La Diabetes Mellitus y el infarto agudo del corazón se ubicaron en el segundo y tercer lugar con 7.8% y 7% respectivamente. Las lesiones por arma de fuego ocupan un cuarto lugar con 5.6%.

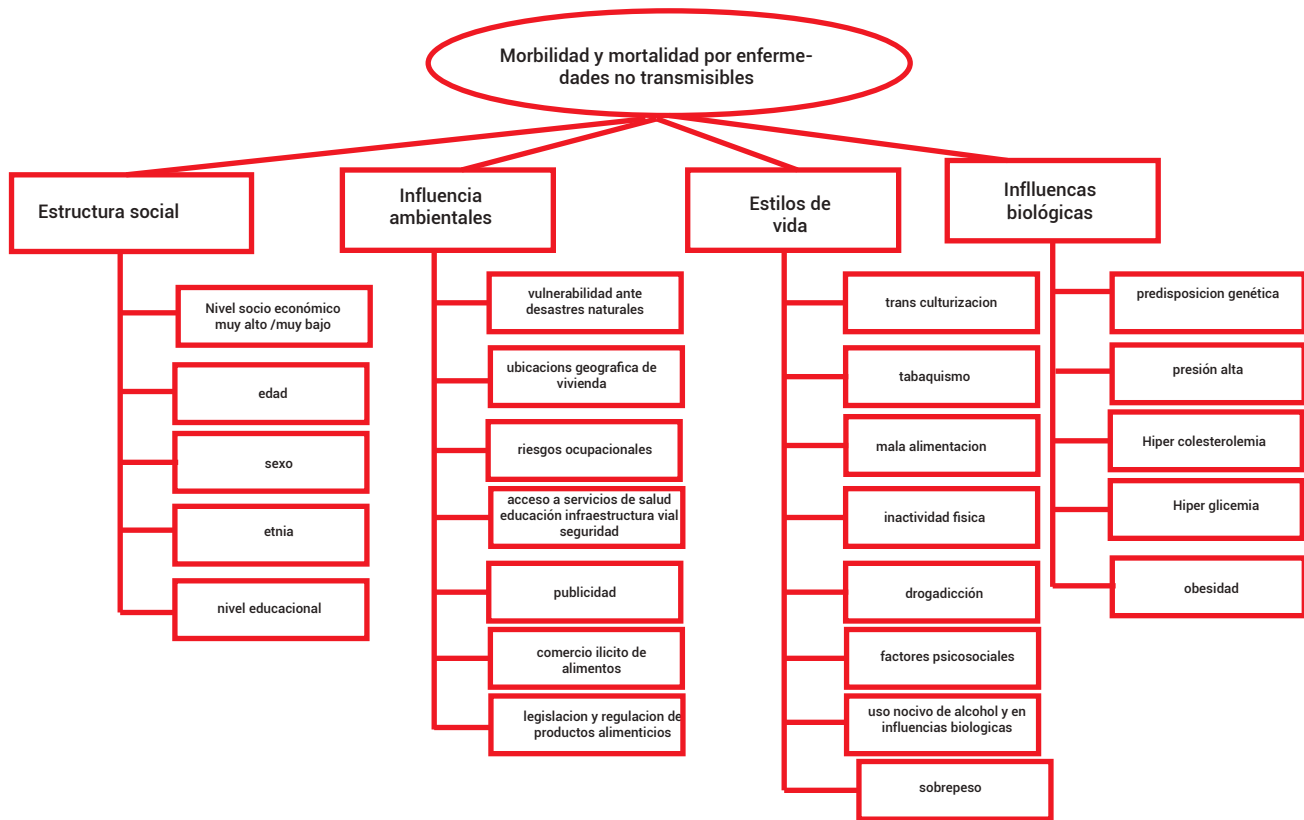
Para el 2014, las enfermedades específicas de muerte en el sexo femenino, la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar como causa de mortalidad con (11.8%), seguido de las neumonías (11.4%) y el infarto agudo de miocardio (8.3%). Se observa que las lesiones por arma de fuego ocupan el treceavo lugar con 1.7% y los accidentes por vehículo el décimo octavo lugar con 0.7%.

Al observar las causas específicas de mortalidad para los hombres en el 2014, la neumonía ocupa el primer lugar con 9.4%, seguido de lesiones por arma de fuego con 9.3 e infarto agudo del miocardio con 7.1%. Las enfermedades crónicas predominan entre las primeras 20 causas, se observa que las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso ocupan el séptimo lugar con 3.2%

En relación a las causas específicas de morbilidad en el 2015, se observa que las infecciones respiratorias superiores ocupan el primer lugar con 36%, seguido de gastritis y duodenitis (7%) y diarreas y gastroenteritis (6%). Podemos observar que la morbilidad de tipo infeccioso son las que prevalecen en las primeras 20 causas.

En la Encuesta Nacional de Prevalencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y sus Factores de Riesgo, en población de 18 años o más, región urbana metropolitana, realizada en el 2015, se determinó que la prevalencia de Hipertensión arterial fue de 33.4%, la de diabetes mellitus de 33.3% y de Obesidad 33.6%; lo que significa que existen más de 2.5 millones de

Figura 16
 Modelo Conceptual de Morbilidad y Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles



Fuente: Fuente: MSPAS. Elaboración propia con opinión de expertos. Adaptado de Kramer et. al public health indicators for europe.
Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorporará el Plan Nacional para la Prevención de Enfermedades No Transmisibles.



Diseño de la Estrategia

Determinar sobre la base de la evidencia encontrada ¿cuál es el cambio que se desea efectuar en las condiciones de vida del ciudadano?, ¿cómo se va a lograr ese cambio deseado? Es el momento de realizar el “Diseño de la estrategia”. (Guía GpR)

Resultados Estratégicos

Los resultados son los cambios deseables en las condiciones o características de un grupo poblacional, en una magnitud y período específicos. Los mismos serán definidos a partir de los caminos causales críticos determinados en el análisis de situación o diagnóstico.

2. Resultados Estratégicos e Institucionales

El MSPAS en el marco de las prioridades establecidas (figura 8) y las orientaciones de política pública instituidas por el ente rector, se plantean los resultados estratégicos e institucionales que pretende alcanzar en el período 2018-2032. Cabe resaltar que para lograr dichos resultados, previamente se deben lograr transformaciones en el ámbito interno de la institución, cuyos elementos figuran en el siguiente capítulo de este documento (Marco Estratégico Institucional).

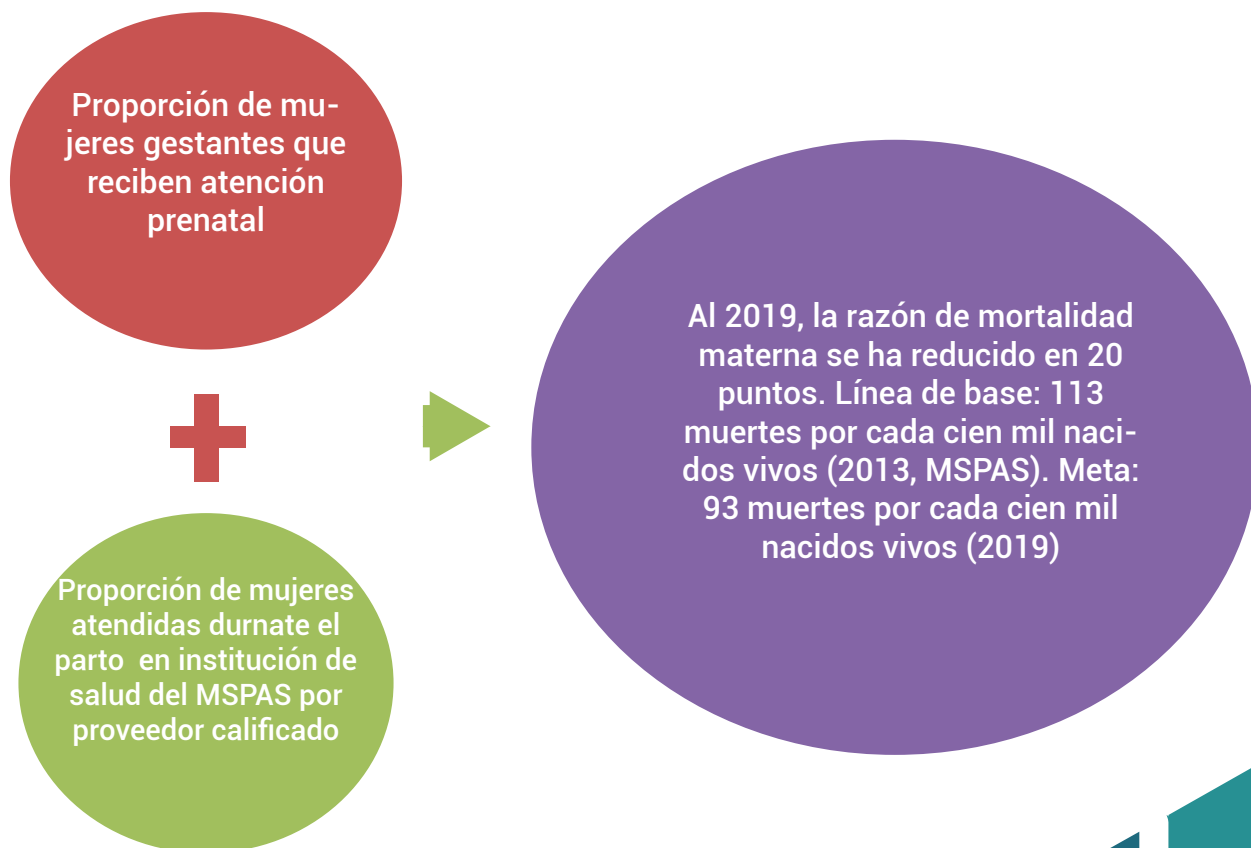
En el mismo orden de las problemáticas específicas, a continuación se presentan los resultados, con sus respectivas acciones y/o intervenciones

estratégicas, población o territorio priorizado así como los indicadores para el respectivo seguimiento.

2.1. Resultado Estratégico: Mortalidad Materna

Al 2019, la razón de mortalidad materna se ha reducido en 20 puntos. Línea de base: 113 muertes por cada cien mil nacidos vivos (2013, MSPAS). Meta: 93 muertes por cada cien mil nacidos vivos (2019).

2.1.1. Cadena de Resultados



2.1.2. Acciones Estratégicas

a. Planificación familiar/metodología anticonceptiva

- i. Acceso de la población a información y servicios de planificación familiar.
- ii. Abastecimiento y disponibilidad oportuna de la gama de métodos anticonceptivos en los niveles de atención.
- iii. Referencia oportuna a servicios de salud que oferten métodos de Planificación Familiar de larga duración o permanentes.

b. Red de Servicios de Salud Integrados, con Calidad, Calidez y Pertinencia Cultural

- i. Asegurar el ambiente habilitante para la atención materna neonatal de calidad en los tres niveles de atención.
- ii. Aplicación de la normativa vigente para la atención materna neonatal en los tres niveles de atención.
- iii. Prestación del servicio con calidad y calidez, con pertinencia cultural durante el embarazo, parto y post parto, atención del recién nacido acorde a su nivel de resolución.
- iv. Promover el establecimiento de las casas maternas con enfoque de sostenibilidad, focalización y participación social.
- v. Fortalecimiento e integración de la red de servicios de salud para la atención materno-neonatal eficiente y oportuna.

- vi. Fortalecimiento de la promoción de salud en el primer nivel de atención, para la prevención de las complicaciones materno-neonatales.

c. Recurso humano calificado en atención materno neonatal.

- i. Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano que brinda atención calificada materno-neonatal (proveedor calificado)

d. Vigilancia Epidemiológica y Sistema de Información de la salud materna.

- i. Consolidar el sistema de vigilancia epidemiológica y de la información de la salud materna, perinatal y neonatal en el sector salud.
- ii. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la embarazada, la muerte de mujeres en edad fértil (10-54 años) para la identificación de muertes maternas, la muerte perinatal y neonatal y morbilidad materna extrema.
- iii. Coordinación interinstitucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística (INE) y Registro Nacional de las Personas (RENAP) en el marco de los sistemas de información y estadísticas vitales.
- iv. Sostenibilidad de la Mesa Técnica de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- v. Incorporación del Sistema Informático Perinatal en el país

2.1.3. Productos (intervenciones costo-efectivas) del MSPAS

- i. Mujer que recibe atención prenatal oportuna.
- ii. Mujer que recibe atención del parto institucional por personal calificado.
- iii. Recién nacido o neonato atendido.
- iv. Población con acceso a métodos de planificación familiar.

v. Servicios de Apoyo a la Institucionalización de los Derechos de las Mujeres.

vi. Servicios de Apoyo a la Institucionalización de los Derechos de la Niña Adolescente

2.1.4. Territorio Priorizado

Para este Resultado Estratégico de País, se han priorizado 191 municipios (56.18% del total de los 340 municipios) de los 22 departamentos de la República de Guatemala. En el cuadro, se observa dicha información con más detalle.

Cuadro 4
REP. Mortalidad Materna y Neonatal: Territorio priorizados

Departamento	Total Municipios	Departamento	Total Municipios	Departamento	Total Municipios
Alta Verapaz	14	Huehuetenango	25	Retalhuleu	4
Baja Verapaz	6	Izabal	4	Sacatepéquez	5
Chimaltenango	11	Jalapa	4	San Marcos	14
Chiquimula	7	Jutiapa	5	Santa Rosa	6
El Progreso	3	Petén	8	Sololá	11
Escuintla	10	Quetzaltenango	14	Suchitepéquez	7
Guatemala	12	Quiché	13	Totonicapán	5
Total 191 municipios				Zacapa	3

2.1.5. Indicadores seleccionados

Cuadro 5
REP. Mortalidad Materna y Neonatal: Indicadores seleccionados

Nombre del indicador	Descripción
Razón de Mortalidad Materna	Cantidad de muertes maternas ocurridas en el embarazo, el parto y puerperio, en un periodo de tiempo por cada 100,000 nacidos vivos
Mujeres que reciben atención prenatal durante el primer trimestre de gestación	Proporción de mujeres gestantes que reciben atención prenatal en servicios de salud del MSPAS.
Proporción de mujeres en edad fértil suplementadas con hierro y ácido fólico.	Número de mujeres en edad fértil que reciben hierro y ácido fólico.
Proporción de embarazadas suplementadas con hierro y ácido fólico	Número de embarazadas que reciben hierro y ácido fólico
Proporción de mujeres atendidas durante el parto en institución de salud del MSPAS por proveedor calificado	Cantidad de partos atendidos por médico obstetra, médico general, enfermera profesional o auxiliar de enfermería, en las instituciones de salud.

Fuente: MSPAS: Documento del Resultado de Mortalidad Materna y Neonatal.

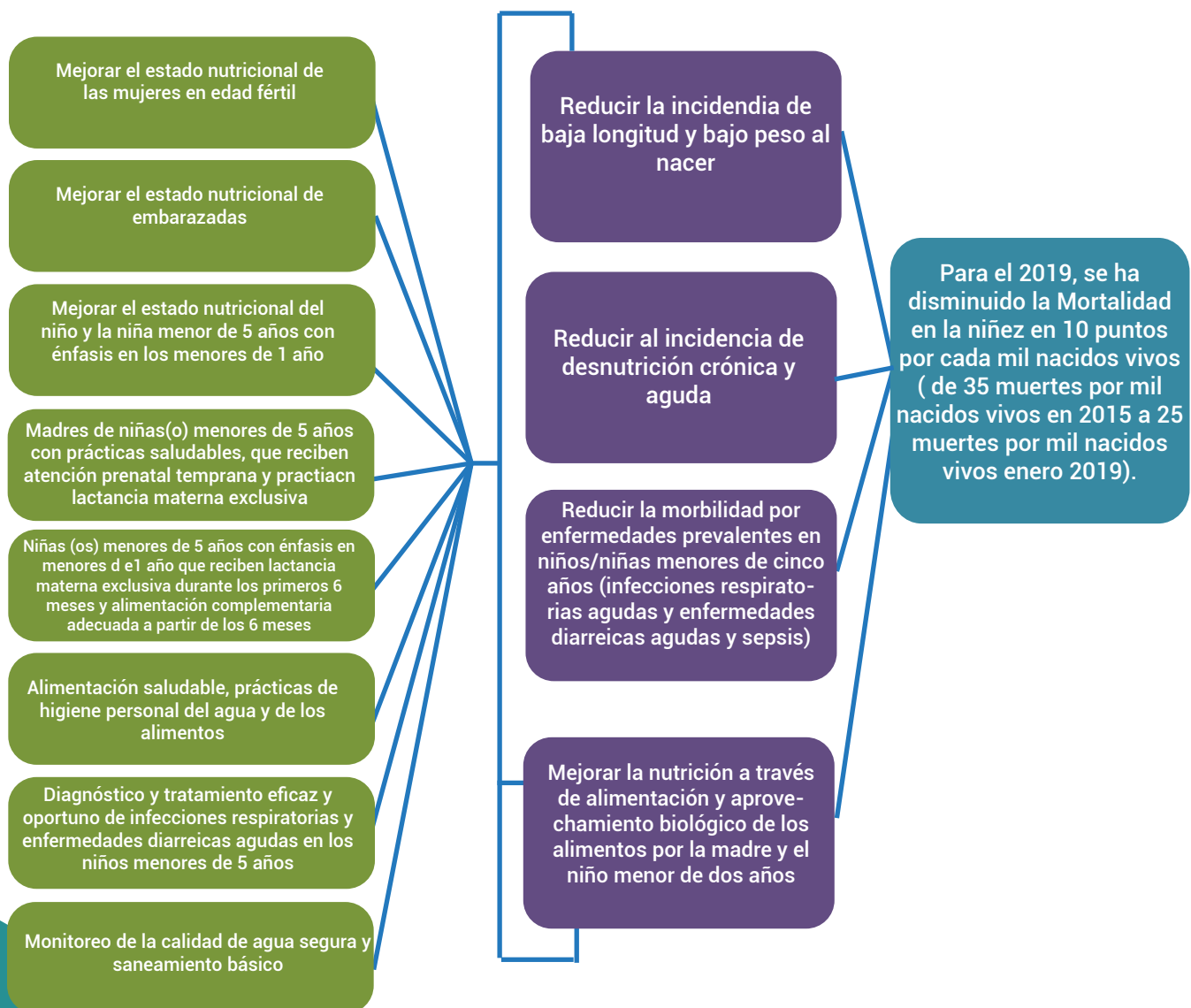
Nota: Otros aspectos de los indicadores se incluyen en la Ficha del Indicador establecida oficialmente.

2.2. Resultado Estratégico: Mortalidad en la Niñez

Al 2019, se ha disminuido la mortalidad en la niñez en 10 puntos por cada 1,000 nacidos vivos (de 35 muertes por mil nacidos vivos en 2015 a 25 muertes por mil nacidos vivos en 2019).

Línea basal ENSMI 2014-2015.

2.2.1. Cadena de Resultados



2.2.2. Productos (intervenciones)

- a. Niño y niña de 0 a 1 año de edad vacunado de acuerdo a su edad y esquema de vacunación vigente
- b. Niño y niña de 1 a menor de 5 años con refuerzos de vacunación
- c. Madre y/o padre de niño y niña menor de 5 años, que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado infantil
- d. Niño y niña menor de 5 años con monitoreo de crecimiento
- e. Niño y niña menor de 5 años con suplementación de micronutrientes
- f. Mujer en edad fértil suplementada con micronutrientes
- g. Embarazada y madre en período de lactancia materna suplementadas con micronutrientes
- h. Niño y niña de 2 a menor de 5 años con desparasitación
- i. Vigilancia del agua para consumo humano y uso recreativo

- j. Niño y niña menor de 5 años atendido por infección respiratoria aguda
- k. Niño y niña menor de 5 años atendido por enfermedad diarreica aguda
- l. Vigilancia de la fortificación con micronutrientes en alimentos básicos
- m. Niña y niño menor de 5 años con diagnóstico y tratamiento de la desnutrición aguda
- n. Madre de niños y niñas menores de dos años que se les brinda consejería en lactancia materna exclusiva, prolongada y alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad

2.2.3. Territorio priorizado

Para este Resultado Estratégico de País, se han priorizado 108 municipios (31.76% del total de los 340 municipios) de los 22 departamentos de la República de Guatemala. En el cuadro, se observa dicha información con mayor detalle.

Cuadro 6
REP. Mortalidad en la Niñez: Territorio priorizado

Departamento	Total Municipios	Departamento	Total Municipios	Departamento	Total Municipios
Alta Verapaz	14	Huehuetenango	5	Retalhuleu	3
Baja Verapaz	4	Izabal	2	Sacatepéquez	5
Chimaltenango	8	Jalapa	1	San Marcos	6
Chiquimula	2	Jutiapa	3	Santa Rosa	7
El Progreso	2	Petén	6	Sololá	4
Escuintla	4	Quetzaltenango	4	Suchitepéquez	5
Guatemala	10	Quiché	6	Totonicapán	4
Total 108 municipios				Zacapa	3

Fuente: MSPAS: Documento del Resultado de Mortalidad de la Niñez. La información detallada de los municipios se encuentra en dicho documento.

2.2.4. Indicadores seleccionados

Cuadro 7
REP. Mortalidad en la Niñez: Indicadores seleccionados

Indicador	Descripción
Tasa de mortalidad infantil	Cantidad de muertes en niños menores de 1 año, ocurridas en un periodo de tiempo en relación a cada 1,000 nacidos vivos.
Tasa de mortalidad en la niñez	Cantidad de muertes en niños menores de 5 años, ocurridas en un periodo de tiempo en relación a cada 1,000 nacidos vivos
Proporción de niñas/os menor de 1 año con vacunas completas según esquema de vacunación vigente.	Proporción de niñas/os menor de 1 año con vacunas completas según esquema de vacunación vigente.
Proporción de niños y niñas menores de un año en monitoreo del crecimiento mensual.	Número de niños y niñas menores de un año en monitoreo del crecimiento mensual.

Fuente: MSPAS: Documento del Resultado de Mortalidad de la Niñez.

Nota: Otros aspectos de los indicadores se incluyen en la Ficha del Indicador establecida oficialmente.

2.3. Resultado Institucional: Control de ITS, VIH y SIDA

Disminución del 75% en el número de casos nuevos de VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y las poblaciones priorizadas al finalizar el 2021.

2.3.1. Cadena de resultados

Cuadro 8
Cadena de Resultados de ITS, VIH y Sida

Resultado Inmediato	Resultado Intermedio	Lineas Estratégicas	Resultado Final
Incremento en la oferta de información sobre la prevención combinada de la transmisión del VIH para personas de las poblaciones priorizadas.	Reducción de la transmisión del VIH en las poblaciones priorizadas	Incremento de la oferta de intervenciones de prevención combinada, adoptando nuevos enfoques y utilizando estrategias y tecnologías innovadoras que han demostrado alto impacto en la prevención de la transmisión del VIH, con énfasis en las poblaciones priorizadas	Disminución del 75% el número de casos nuevos por VIH e ITS y el número de muertes atribuibles al sida en la población en general y las poblaciones priorizadas al finalizar el 2021
Incremento en la oferta de sangre segura para transfusión.	Incremento en el uso del condón para la prevención del VIH en las poblaciones priorizadas		
Incremento en la oferta de PEP y PrEP para personas de las poblaciones priorizadas	Incremento en la oferta de educación integral en sexualidad dirigida a jóvenes		
Disminución de la transmisión materno-infantil de VIH.	Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH.	Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis y hepatitis B con estrategias nacionales planteadas en base a las estrategias globales	
Disminución de mortalidad por transmisión materno-infantil de VIH			
Disminución de la transmisión materno-infantil de sífilis	Eliminación de la transmisión materno-infantil de sífilis.		
Disminución de la transmisión materno-infantil de hepatitis B			
Incremento de la oferta del paquete básico de Prevención de la Transmisión Materno Infantil	Eliminación de la transmisión materno-infantil de hepatitis B.		
Incremento de la oferta de TARV	Diagnóstico del 90% de las personas con VIH. Diagnóstico temprano de PV	Incremento de la oferta de atención integral de las ITS, VIH y sida, de forma continua y centrada en las personas, la familia y la comunidad	
Incremento en la oferta de monitoreo de la CV en PV	Rápida vinculación de las PV con los servicios de atención integral del VIH		
	Tratamiento antirretroviral para el 90% de las PV.		
Incremento en la oferta de detección de conductas de riesgo en PV	Supresión viral en el 90% de las personas en TARV.		
	Incremento en la oferta de atención y tratamiento integral para las personas con coinfección de TB/VIH		
Disminución de la comorbilidad y mortalidad por TB en PV	Incremento en la detección de conductas de riesgo en PV		
Aseguramiento de un entorno jurídico y/o político que favorezca la eliminación del estigma y la discriminación	Protección de los DDHH de las PV y poblaciones prioritarias	Promoción de un entorno social, jurídico y normativo favorable que promueva la equidad en el acceso a la salud, la igualdad de género y el pleno ejercicio de los derechos humanos	
Implementación de mecanismos políticos, técnicos y administrativos que favorezcan la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS.	Incremento de la inversión en prevención combinada para poblaciones priorizadas. Aseguramiento del abastecimiento continuo de ARVs.	Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social y de los vínculos con los diferentes sectores que conforman la respuesta nacional para la implementación de mecanismos políticos, estratégicos, técnicos y administrativos que favorezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la respuesta nacional para el control del VIH y otras ITS	
Registro de medicamentos e insumos sanitarios genéricos para reducir costos y ampliar la disponibilidad de los servicios de prevención combinada y atención integral	Incremento en la calidad de atención de los servicios de salud que atienden a las poblaciones priorizadas. Fortalecimiento del sistema de información del MSPAS		
Red nacional de laboratorios del MSPAS fortalecida para el diagnóstico confirmatorio de VIH, pruebas basales de monitoreo (CD4, CV), controles de calidad de bancos de sangre	Estandarización y sistematización de los servicios de diagnóstico y atención de las ITS. Estandarización y sistematización de la implementación de las normas de bioseguridad y protección universal en los servicios de salud		

Fuente: Fuente: MSPAS. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de las ITS, VIH y Sida 2017-2023

2.3.2. Intervenciones clave:

i. Persona atendida para la prevención de ITS, VIH/SIDA

- Persona de mayor vulnerabilidad (PEMARV) que recibe condones (incluye consejería)
- Mujer VIH positiva que recibe consejería sistemática post parto VIH positiva para efectuar seguimiento al niño expuesto
- Persona adolescente, adulto, adulto mayor y mujer embarazada, capacitada sobre formas de prevención de las ITS, VIH/Sida y el uso correcto del condón
- Apoyo en la gestión administrativa en la prevención de ITS, VIH/Sida

ii. Persona con diagnóstico y tratamiento de ITS, VIH/Sida

- Persona/caso sospechoso de VIH con prueba diagnóstica, incluye orientación pre y post prueba
 - Mujer embarazada con diagnóstico de VIH
- Mujer embarazada referida para

tratamiento ARV y/o resolución del embarazo por cesárea (prevención de la transmisión vertical)

- Neonato, hijo de madre VIH positiva con tratamiento profiláctico
- Paciente VIH positivo con prueba diagnóstica de tuberculosis
- Paciente VIH con tratamiento ARV
- Persona con diagnóstico y tratamiento de infección de transmisión sexual

iii. Persona con diagnóstico y tratamiento de ITS, VIH/Sida

- Víctima/sobreviviente atendida por violencia sexual

iv. Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos al abordaje de la violencia contra la mujer

v. Servicios de apoyo a la institucionalización de los derechos al abordaje de las nuevas masculinidades

2.3.3. Indicadores establecidos

Indicadores de Resultado	Descripción
Número de muertes relacionadas con el VIH	Número de muertes relacionadas con el VIH en el año previo al año de reporte.
Número de nuevos casos de VIH en el año previo al año de reporte	Número de nuevos casos de VIH en el año previo al año de reporte
Porcentaje de adultos y niños VIH+ que se reportan vivos y en tratamiento 12 meses después de haber iniciado TARV	Número de adultos y niños que siguen vivos y en el tratamiento antirretroviral a los 12 meses, después de iniciar el tratamiento, entre los que iniciaron el tratamiento 2 años antes del año en que se reporta. Se relaciona con el número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretroviral 2 años antes del año en que se reporta y de quienes se esperaban resultados 12 meses después del período de inicio especificado, incluidos aquellos que han muerto desde el inicio del tratamiento, aquellos que han suspendido el tratamiento y aquellos registrados como pérdidas de seguimiento al cabo de los 12 meses.
Porcentaje estimado de transmisión materno-infantil del VIH en el año previo al año de reporte	Número estimado de niños infectados con VIH por transmisión vertical en los 12 meses previos relacionado con el número estimado de niños nacidos de madres con VIH en los 12 meses previos.
Número de niños nacidos con VIH en el año previo al año de reporte	Número de niños nacidos con VIH en el año previo al año de reporte. Sin importar la fecha en la que se confirma el diagnóstico
Tasa de incidencia de sífilis congénita (número de casos por 1,000 nacidos vivos)	Número de casos de sífilis congénita con el número de nacidos vivos en el año previo al año del reporte.
Tasa de casos fallecidos por coinfección producidos por TB VIH	Número registrado de muertes por coinfección TB/VIH relacionado al número estimado de habitantes. Ambos datos para el año previo al año del reporte.
Número de muertes por hepatitis B y C entre las personas coinfectadas por VIH	Número registrado de muertes por hepatitis B y C, entre las personas coinfectadas por VIH.
Prevalencia de sífilis activa en HSH (%)	Número de HSH con diagnóstico de sífilis activa con respecto al número de HSH que se hicieron la prueba diagnóstica de sífilis activa en el año previo al año del reporte.
Prevalencia de sífilis activa en TRANS mujeres (%)	Número de TRANS con diagnóstico de sífilis activa con respecto al número de TRANS que se hicieron la prueba de sífilis activa en el año previo al año del reporte.
Prevalencia de sífilis activa en MTS (%)	Número de MTS con diagnóstico de sífilis activa con respecto al número de MTS que se hicieron la prueba diagnóstica de sífilis activa en el año previo del reporte.
Tasa de incidencia de cáncer de cérvix (25 a 69 años) en el año previo al año de reporte (por 100,000 habitantes)	Número de casos de cáncer de cérvix reportados en mujeres de 25 a 69 años con respecto al total estimado de mujeres de en la misma edad. En el año previo al año del reporte.
Incidencia de ITS en PV	Número de casos nuevos de ITS diagnosticadas en PV con respecto al número de PV que acudieron a consulta a las clínicas especializadas en el año previo al año del reporte.
Número de actos de violencia (incluyendo homicidios), contra personas LGBTI	Número de actos de violencia/crímenes de odio (incluyendo homicidios) registrados contra personas que viven con VIH

2.3.4. Población priorizada:

Cuadro 10
 Población priorizada para el Resultado de ITS y VIH

Población priorizada	
PV	Personas con el VIH (adultos y niños)
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
MTS	Mujeres trabajadoras sexuales
TRANS	Personas transgénero, transexuales y travestis
ME	Mujeres embarazadas
H-ME VIH	Hijos de mujeres seropositivas al VIH
VIH/TB	Personas con coinfección de VIH y TB

Fuente: Fuente: MSPAS. Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control de las ITS, VIH y Sida 2017-2023

2.4. Resultado Institucional: Eliminación de la Malaria

Eliminación de la Malaria para el 2020.

El resultado se establece en cumplimiento al compromiso adquirido en la Declaración “Hacia la eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE) en el 2020 (San José, Costa Rica, 2013) y, para el cumplimiento de las metas mundiales para el 2030 de acuerdo a la Estrategia Mundial contra la Malaria 2016-2030 aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud.

La estrategia se basa en tres pilares: Pilar 1: Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria; Pilar 2: Acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado de libre de malaria y; Pilar 3: Transformar la vigilancia de la malaria en una intervención básica.

A continuación se presenta la cadena de resultados basado en el modelo conceptual establecidos, enfatizando las acciones sobre dos, de los cuatros resultados intermedios identificados.

2.4.1. Cadena de Resultados

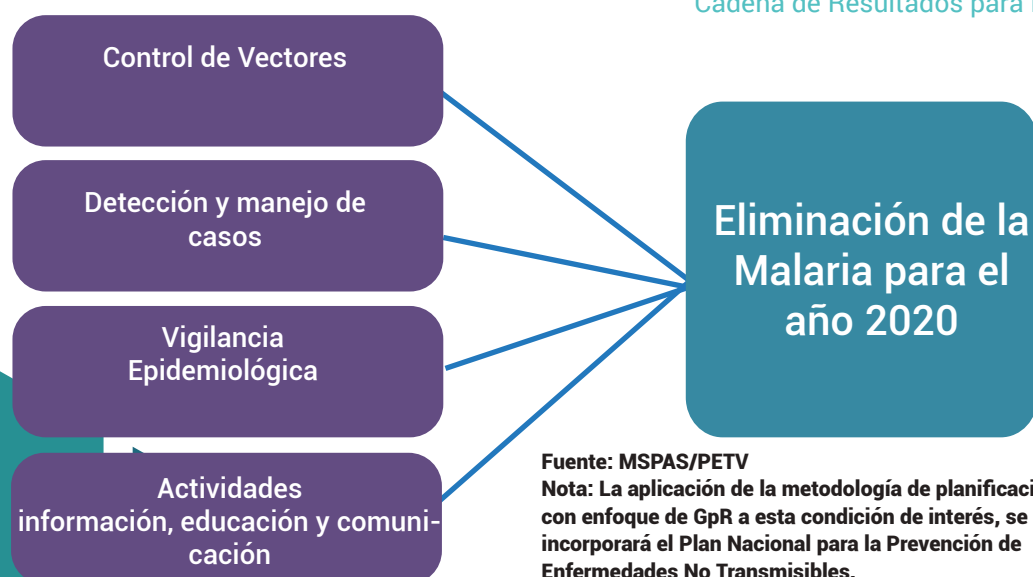


Figura 17
 Cadena de Resultados para Malaria

Fuente: MSPAS/PETV
 Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorporará el Plan Nacional para la Prevención de Enfermedades No Transmisibles.

2.4.2. Intervenciones clave

Las intervenciones clave definidas para lograr el resultado final se presentan a continuación:

i. Control de vectores:

- Utilización de Mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración MTILD
- RRI Rociado residual Intradomiciliar

ii. Mejorar y optimizar el manejo de casos:

- Diagnostico parasitológico, PDR
- Pruebas de diagnóstico rápido, microscopia gota gruesa GG, tratamiento y seguimiento
- Paciente con sospecha de malaria sometido a una prueba parasitológica
- Paciente con malaria confirmada que recibió tratamiento antimalarico de primera línea

iii. Investigar y curar los casos y manejar y dar seguimiento a los focos

iv. Detección de los casos de infección sintomáticos y asintomáticos.

v. Garantizar tratamiento rápido y completo

vi. Aumentar la sensibilidad y la especificidad de la vigilancia para detectar, caracterizar y vigilar todos los casos (individuales y en focos)

2.4.3. Territorio priorizado

En el periodo 2015-2017, los casos de Malaria, se concentraron en las siguientes áreas de salud: Escuintla, Izabal, Alta Verapaz, Suchitepéquez, Retalhuleu y Peten Norte; las cuales son áreas priorizadas para la eliminación de la malaria.

Cuadro 11
RI: Control de la Malaria: Territorio Priorizado

Área de Salud	Tasa ¹ (2017)	Área de Salud	Tasa (2017)	Área de Salud	Tasa (2017)
Escuintla	291.4	Baja Verapaz	3.17	Guatemala NorOriente	0.38
Izabal	64.62	Zacapa	2.86	Guatemala Sur	0.37
Suchitepéquez	46.31	El Quiché	1.78	San Marcos	0.34
Alta Verapaz	44.06	Ixcán	1.68	Chimaltenango	0.28
Petén Norte	29.43	Huehuetenango	1.28	Jalapa	0.27
Petén Sur Occidental	15.01	El Progreso	1.14	Jutiapa	0.2
Retalhuleu	10.36	Chiquimula	0.47	Guatemala NorOccidente	0.12
Santa Rosa	5.89	Guatemala Central	0.4	Quetzaltenango	0.11
Petén Sur Oriental	5.67	Sololá	0.38	Área Ixil	0
				Sacatepéquez	0

Fuente: MSPAS/PETV

¹Total de casos por cien mil habitantes.

2.4.4. Indicadores seleccionados

Cuadro 12
 RI: Control de la Malaria: Indicadores seleccionados

Indicador	Descripción
Incidencia de casos de malaria confirmados en el país	Total de casos / Población total x 100, 000
Índice de láminas positivas (ILP)	Número de láminas positivas / Total de láminas examinadas x 100
Porcentaje de pacientes con sospecha de malaria sometidos a una prueba parasitológica	Número de casos sospechosos con prueba parasitológica con respecto al Número de casos sospechosos de malaria
Porcentaje de pacientes con malaria confirmada que iniciaron tratamiento antimalarico de acuerdo a la norma nacional, dentro de 24 horas después del diagnóstico	Casos que iniciaron tratamiento antimalarico de acuerdo a la norma con respecto al total de casos diagnosticados
Porcentaje de focos cubiertos con intervenciones anti vectoriales (MTILD o RRI)	Número de focos cubiertos con MTILD o RRI durante el período con respecto al número total de focos identificados durante el período determinado
Porcentaje de la población beneficiada que vive en focos donde se han distribuido MTILD	Población beneficiada con la entrega de MTILD durante el período con respecto a la población total de los focos activos, residuales no activos y aclarados donde se planificó la distribución de MTILD durante el período

Fuente: MSPAS/PETV

2.4.5. Principales actores

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS
 - o Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS)
 - o Departamento de Regulación de los programas de Atención a las Personas (DRPAP)
 - o Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (PETV)
 - o Sub Programa de Malaria (SPM)

- Apoyo de la Cooperación Internacional
 - o Fondo Mundial (FM)
 - o Organización Panamericana de la Salud OPS
 - o Clinton Health Access Initiative (CHAI)
 - o Banco Interamericano de Desarrollo BID

2.5. Resultado Institucional: Reducción de la Mortalidad y la incidencia de la Tuberculosis

- Reducción del 75% de la mortalidad por TB en relación al 2015.

- Reducción del 50% de la incidencia estimada de TB en relación al 2015.
- Eliminar los gastos catastróficos debidos a la TB que tengan que hacer las familias

2.5.1. Cadena de Resultados

Cuadro 13
Cadena de Resultados para la reducción de la Mortalidad y la Incidencia de la Tuberculosis

Pilar	Resultados Intermedios	Resultado	Meta	Metas de Impacto	
Atención y prevención integrada e integral de la TB centrada en la persona, familia y comunidad	Detectar más del 90% de los casos de tuberculosis sensible o resistente en Guatemala a 2023.	Detección y diagnóstico precoz de la TB y TB-FR, sobretodo en grupos de alto riesgo, fortalecida	Identificar el 90% o más de la población en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de enfermar por tuberculosis en el territorio nacional a 2023	Reducción del 75% de la mortalidad por TB en relación al 2015. □	
	Tratar exitosamente 90% o más de los casos detectados de tuberculosis sensible y resistente en Guatemala a 2023.				
	Diagnosticar y tratar exitosamente más del 90% de los casos de tuberculosis infantil en Guatemala a 2023.				
	Diagnosticar y tratar exitosamente 90% o más de los casos de coinfección TB/VIH en Guatemala a 2023.				
	Implementar el manejo integral de las comorbilidades priorizadas en el 100% de las DAS, a 2023.				
	Administrar tratamiento completo de tuberculosis latente al 90% o más de los casos elegibles según lineamientos nacionales a 2023				
	Lograr el 90% de éxito de tratamiento en TB bacteriológicamente positivos	El éxito de tratamiento de las personas con TB y TB-FR, con el soporte centrado en la persona, mejorado.			
	Lograr el 80% de éxito de tratamiento en TB-MDR/RR.				
	Lograr que el 95% de los casos diagnosticados con TB resistente inicien tratamiento	La carga de tuberculosis entre personas que viven con VIH y de VIH en afectados con tuberculosis, disminuida.	Disminuir en un 0.33/100,000 habitantes la muerte de TB-VIH		Reducción del 50% de la incidencia estimada de TB en relación al 2015.
	Lograr que el 96% de casos de TB conozcan su estado de infección por VIH respecto a lo estimado por DMS.				
	Lograr aumentar el porcentaje de afectados por TB/VIH que reciben tratamiento TARV en un 98%.				
	Lograr que el 80% de personas con VIH reciban TPI.				
Lograr que el 75% de las personas TB/VIH según niveles de CD-4 reciban TPC.					
Disminuir el porcentaje de fallecidos por la coinfección TB/VIH.					
Lograr que el 100% de las DAS cuenten con planes de ejecución de actividades de prevención y promoción de la TB.	El cumplimiento de las actividades preventivas contra la TB, fortalecidas.	Involucrar al 100% de las áreas de salud en acciones de prevención de la TB	Eliminar los gastos catastróficos debidos a la TB que tengan que hacer las familias.		
El 80% de la población conocen sobre mecanismo de transmisión, prevención y diagnóstico de la TB.					
Lograr que el 90% de los contactos de TB todas las formas identificados sean examinados	Prevenir la TB en contactos y población de riesgo				
El 80% de los contactos menores de 10 años y grupos de riesgos se les indica TPI					
Políticas audaces y sistema de soporte	Involucrar a las Instituciones de gobierno en acciones de prevención y control de la TB	El compromiso político, asignando recursos adecuados para la atención y prevención de la TB en todo nivel, asegurado.	Involucrar al 100% de instituciones de gobierno central y cooperantes en las acciones de prevención y control de la TB		
	A determinar después de realizada la línea de base.	El compromiso de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y todos los proveedores de atención públicos y privados, fortalecido.			
	100% de las DAS deben presentar informes oportunos, integrales y analizada, todas deben tener el paquete electrónico SIGSA TB.	El sistema de Información y notificación de casos de TB y registros vitales (mortalidad por TB), mejorado.			
	100% de las áreas no deben tener desabastecimiento de medicamentos.	La gestión y uso racional de medicamentos antifímicos e insumos, mejorado.			
	100% de los establecimientos de salud priorizados implementan las medidas de control de infecciones.	Acciones de control de Infecciones por TB en todos los niveles, implementadas.			
	100% de los personas TB-MDR notificados reciban el estipendio económico.	Las acciones de protección social y promover la cobertura universal de salud, en el marco de la reducción de la pobreza y determinantes sociales, institucionalizada.			
Investigación e Innovación intensificada.	Lograr que al menos se ejecute un estudio de investigación por año.	El plan de investigaciones operativas priorizadas en prevención y control de la tuberculosis, elaborado y ejecutado con la participación de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud.			
	Implementar estrategias innovadoras de probada eficacia para mejorar la adherencia al tratamiento				

Fuente: MSPAS/ Plan Estratégico Nacional Multisectorial de Tuberculosis en Guatemala 2019-2023. "Hacia El Fin De La Tuberculosis".

2.5.2. Territorio priorizado

Para establecer el territorio priorizado, se procedió de la siguiente manera: a) Priorización de departamentos: usando variables normalizadas, se creó un índice de priorización, considerando indicadores de incidencia de TB-TSF en 2017 e indicadores de grupos de mayor vulnerabilidad para TB, con indicadores socioeconómicos más recientes disponibles a nivel municipal y, b) Priorización de Municipios: se cruzaron datos de incidencia de TB-TSF en 2017 con los indicadores antes expuestos disponibles a nivel municipal.

Para de finir el inicio de la intervención, se definen 78

municipios los cuales se clasifican según su índice en cuatro grupos definidos según cuartiles, siendo el Grupo 1 (baja): índice < 7.31; Grupo 2 (media): índice entre 7.32-7.62; Grupo 3 (alta): 7.63-7.84 y Grupo 4 (muy alta): > 7.84.

A continuación, el detalle del territorio priorizado según clasificación:

Cuadro 14
 Mortalidad y la Incidencia de la Tuberculosis: territorio priorizado

Prioridad	Departamen	Municipio	Prioridad	Departamen	Municipio	
Muy Alta	Guatemala	Guatemala	Alta	Escuintla	La Democracia	
	Escuintla	Escuintla		La Comera	Suchitepéquez	Cuyotenango
		Santa Lucia Cotzumalguapa		Santo Domingo Suchitepéquez		San Antonio Suchitepéquez
		Siquinalá		Chicacao		Patulul
		Masagua		Santa Bárbara		San Andrés Villa Seca
		Tiquisate		Champerico		San Pablo
		San José		Pajapita		San Marcos
		Nueva Concepción		La Democracia		Retalhuleu
	Mazatenango	San Rafael Pétzal		Huehuetenango	Quiché	Joyabaj
	Río Bravo	Cobán			Alta Verapaz	Panzós
	Retalhuleu	Santa Catalina la Tinta		Izabal		Livingston
	San Sebastián	Guastatoya			El Progreso	Guastatoya
	El Asintal	Antigua Guatemala		Sacatepéquez		Antigua Guatemala
	El Tumbador	Chimaltenango			Chimaltenango	Chimaltenango
	Malacatán	Cuilapa		Santa Rosa		Cuilapa
	Ayutla	Sololá			Sololá	Sololá
	Ocos	Totonicapán		Totonicapán		Totonicapán
Media	Guatemala	Amatitlán	Baja		Quetzaltenango	Quetzaltenango
		Villa Nueva		Quiché		Chajul
		Villa Canales			San Juan Cotzal	
	Escuintla	Palín		Huehuetenango	Chiantla	
		Coatepeque			Jacaltenango	
	Suchitepéquez	La Maquina (San José)		Huehuetenango	San Mateo Ixtatán	
		San Felipe Retalhuleu			Santa Cruz Barillas	
	San Marcos	San Marcos			Quiché	Santa Cruz del Quiché
	Tajumulco	San Marcos		Cunén		
	Nuevo Progreso			Huehuetenango	Chisec	
	El Quetzal	Huehuetenango			El Estor	
	Huehuetenango			Huehuetenango	Morales	
	Chiantla	Huehuetenango			Los Amates	
Jacaltenango	Huehuetenango					
San Mateo Ixtatán		Huehuetenango				
Santa Cruz Barillas	Huehuetenango					
Santa Cruz del Quiché		Huehuetenango				
Quiché	Huehuetenango					
Alta Verapaz		Huehuetenango				
Izabal	Huehuetenango					
			Baja	El Progreso	Guastatoya	
		Sacatepéquez			Antigua Guatemala	
				Chimaltenango	Chimaltenango	
		Santa Rosa			Cuilapa	
				Sololá	Sololá	
		Totonicapán			Totonicapán	
				Quetzaltenango	Quetzaltenango	
		Quiché			Chajul	
				Quiché	San Juan Cotzal	
		Quiché			Nebaj	
				Quiché	Ixcán	
		Baja Verapaz			Salamá	
				Baja Verapaz	Flores	
		Petén	Sayaxché			
			Petén	Poptún		
		Zacapa		Zacapa		
			Chiquimula	Chiquimula		
		Jalapa		Jalapa		
			Jutiapa	Jutiapa		

Fuente: MSPAS/ Plan Estratégico Nacional Multisectorial de Tuberculosis en Guatemala 2019-2023. "Hacia El Fin De La Tuberculosis".

2.5.3. Indicadores seleccionados de acuerdo a los pilares de la estrategia.

Cuadro 15
 RI: Reducción de la Mortalidad y la Incidencia de la Tuberculosis: Indicadores seleccionados

Indicadores	Pilar
Porcentaje de éxito de tratamiento de TB bacteriológicamente positivos	Atención y prevención integrada e integral de la TB centrada en la persona, familia y comunidad
Porcentaje de éxito de tratamiento de TB-MDR	
Porcentaje de personas TB-MDR diagnosticados que inician tratamiento	
Número y Porcentaje de casos de TB que conocen su estado serológico de infección por VIH	
Porcentaje de afectados por TB/VIH que reciben tratamiento ARV.	
Porcentaje de DAS que cuentan con planes de ejecución de actividades de prevención y promoción a lineado Estrategia ENGAGE-TB	
Porcentaje de población conocen sobre mecanismo de transmisión, prevención y diagnóstico de la TB.	
Porcentaje de contactos de TBTF identificados e investigados	
Porcentaje de contactos menores de 10 años y grupos de riesgos en TPI	
Número y porcentaje de instituciones del Gobierno Central y Cooperantes, con las que el PTB coordina e involucra en actividades de prevención y control de la tuberculosis	
Proporción del presupuesto anual definida en los planes estratégicos nacionales de la TB que se financia (Porcentaje)	
Número y porcentaje de organizaciones comunitarias, de la sociedad civil y proveedores de salud públicos y privados que intervienen en el control y prevención de la tuberculosis. (de acuerdo a línea de base a realizarse en las DAS).	
Porcentaje de pacientes con TB notificados (con cualquiera de las formas de TB) que fueron remitidos por Organizaciones Comunitarias.	
Pacientes con TBTF con éxito terapéutico que recibieron soporte de Organizaciones Comunitarias para la adherencia al tratamiento.	
Porcentaje de DAS que presentan los informes en forma oportuna y analizada para la toma de decisiones de acuerdo a normativa nacional,	
Porcentaje de áreas que tienen el sistema de información electrónico SIGSA TB instalado y funcionando.	
Porcentaje de áreas que indican que no tuvieron desabastecimiento de drogas de primera línea.	
Porcentaje de establecimientos de salud priorizados que implementan las medidas de control de infecciones.	
Porcentaje de personal de salud que enferma por TB	Pilar III. Investigación e innovación intensificada.
Porcentaje de los personas TB-MDR que reciben el apoyo económico de estipendios y sean incluidos en programas de asistencia social (alimentos).	
Porcentaje de estudios realizados.	
Numero de estrategias innovadoras implementadas	

Fuente: MSPAS/ Plan Estratégico Nacional Multisectorial de Tuberculosis en Guatemala 2019-2023. "Hacia El Fin De La Tuberculosis".

Nota: Otros aspectos de los indicadores se incluyen en la Ficha del Indicador establecida oficialmente.

2.6. Resultado Institucional: Disminuir la Morbi – Mortalidad por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)

Disminuir en 5% anual la letalidad por Arbovirosis.

2.6.1. Cadena de Resultados

Figura 18
Cadena de Resultados para disminuir la Morbi-Mortalidad por Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika)



2.6.2. Intervenciones clave y actores principales

- i. Detección y atención temprana
- ii. Diagnóstico, tratamiento y cuidados
- iii. Detección temprana de signos de alarma
- iv. Atención prenatal especializada
- v. Referencia de casos graves para intensivo
- vi. Confirmación por laboratorio de un porcentaje mínimo de casos seleccionados
- vii. Conocimiento de signos y síntomas de las arbovirosis

- viii. Control de recipientes útiles de agua
- ix. Eliminación de recipientes no útiles de agua
- x. Eliminación y tratamiento de desechos sólidos
- xi. Uso de mosquiteros y repelentes
- xii. Uso de larvicidas
- xiii. Uso de nebulizaciones espaciales en forma selectiva

2.6.3. Indicadores vinculados a intervenciones

Cuadro 16
Indicadores e intervenciones establecidas para atención y control de enfermedades arbovirales

Indicadores	Intervenciones
Porcentaje de disminución de incidencia y exacerbación de casos	Control de endemia, brotes, epidemia. Morbilidad general
Porcentaje disminución de mortalidad o letalidad y defectos de secuelas	Control de gravedad de casos, discapacidad y muerte
Porcentaje de disminución de secuelas de morbilidad de Zika	Control de Microcefalia, trastornos neurológicos y de desarrollo del sistema nervioso.
Porcentaje de atención y seguimiento de secuelas de Zika.	Seguimiento Psicosocial y Fisioterapia. Psicoterapia de aprendizaje. Psicoterapia de depresión
Porcentaje de disminución de niveles de transmisión estratificado de virus	Control de transmisión de virus nacional, subnacional, local, familiar, individual
Porcentaje de disminución de infestación de mosquitos. Porcentaje de disminución de tasa de picadura hombre hora y vivienda.	Control integrado del Vector incriminado: Eliminación de huevecillos, larvas y pupas Eliminación de mosquitos adultos en ambiente familiar y comunitario
Porcentaje de disminución de recipientes no útiles; modificación y manipulación de recipientes útiles.	Eliminación de criaderos de mosquitos; manipulación y modificación de recipientes útiles de agua.

Fuente: Programa de ETV/ Arbovirosis/DRPAP/ MSPAS, Guatemala, Mayo de 2018. Dr. PMY

2.6.4. Territorio priorizado

Cuadro 17
 Territorio Priorizado de la transmisión de Arbovirus (Dengue, chikungunya y Zika)

Territorio	Prioridad territorial			
	Municipios endémicos		Fact. Riesgo	Fact. Protect
Variables	No. MP en Riesgo	No. MP Priorizados	Modificables	Viables
Guatemala Central	1	1	Conc. Pob. Migración	Serv. Salud Pub. Privada
Guatemala N. Oriente	7	5	Conc. Pob. Migración	Serv. Salud Pub. Privada
Guatemala N. Occidente	5	4	Conc. Pob. Migración	Serv. Salud Pub. Privada
Guatemala Sur	4	4	Conc. Pob. Migración	Serv. Salud Pub. Privada
El Progreso	8	6	Ecología	SSMSPAS...
Sacatepéquez	8	6	Ecología	SSMSPAS...
Chimaltenango	8	5	Migración	SSMSPAS...
Escuintla	14	10	Ecología	SSMSPAS...
Santa Rosa	13	8	Ecología	SSMSPAS...
Huehuetenango	14	6	Migración	SSMSPAS...
El Quiché	12	4	Migración	SSMSPAS...
Totonicapán	2	2	Migración	SSMSPAS...
Sololá	12	5	Migración	SSMSPAS...
Quetzaltenango	10	6	Ecología cost	SSMSPAS...
San Marcos	13	6	Ecología cost	SSMSPAS...
Retalhuleu	9	7	Ecología	SSMSPAS...
Suchitupéquez	16	8	Ecología	SSMSPAS...
Jalapa	6	4	Ecología	SSMSPAS...
Jutiapa	15	7	Ecología	SSMSPAS...
Izabal	5	5	Ecología	SSMSPAS...
Zacapa	11	8	Ecología	SSMSPAS...
Chiquimula	11	7	Ecología	SSMSPAS...
Alta Verapaz	15	8	Ecología	SSMSPAS...
Baja Verapaz	8	6	Ecología	SSMSPAS...
Petén Norte	4	4	Ecología	SSMSPAS...
Petén Sur Oriental	4	4	Ecología	SSMSPAS...
Petén Sur Occidental	4	4	Ecología	SSMSPAS...
Ixcán	1	1	Ecología	SSMSPAS...
Ixil	1	1	Migración	SSMSPAS...
Total	241	152		

Fuente: Programa de ETV/ Arbovirosis/DRPAP/ MSPAS, Guatemala, Mayo de 2018.

2.6.5. Indicadores para seguimiento y evaluación

Cuadro 18
Indicadores de resultados

Indicador	Descripción
Tasa de incidencia de cada una de las arbovirosis	Personas enfermas por 100,000 habitantes
Porcentaje de letalidad por arbovirosis	Personas fallecidas en proporción a 100 enfermos graves
Porcentaje de infestación de mosquitos por localidades	Número de viviendas y recipientes infestados por localidad
Porcentaje de viviendas con uso de larvicidas	Número de viviendas bajo control larvario
Porcentaje de viviendas nebulizadas	Número de viviendas con nebulizaciones espaciales
Porcentaje de viviendas descacharrizadas	Número de viviendas descacharrizadas
Porcentaje de disminución de secuelas de Zika	Número de personas con mejoría en proporción a 100 secuelas
Porcentaje de atención y seguimiento de secuelas de Zika	Número de personas con secuelas reciben atención y seguimiento institucional
Porcentaje de DAS con Planes de EGI-Arbovirosis implementados	Número de Áreas de salud del país Ejecutando EGI-Arbovirosis

Fuente: Programa de ETV/ Arbovirosis/DRPAP/ MSPAS, Guatemala, Mayo de 2018. Dr. PMY

2.6.6. Actores clave

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- Cruz Roja Guatemala
- Sanatorios privados
- Hospitales privados
- Comadronas comunitarias
- Organizaciones No Gubernamentales
- Sociedad civil
- Magisterio Nacional
- Iglesias
- Municipalidades
- Ministerio de Gobernación
- Sector privado
- Individuo, familia y comunidad

2.7. Resultado Institucional: Disminuir la Morbi – Mortalidad por Enfermedades no transmisibles

“Reducción del 25% de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles”

A nivel mundial, para disminuir las problemáticas vinculadas a la morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles, se plantean una serie de elementos, sobre todo preventivos, que permitirán a los ciudadanos gozar de una vida saludable y evitar la muerte prematura.

2.7. Resultado Institucional: Disminuir la Morbi – Mortalidad por Enfermedades no transmisibles

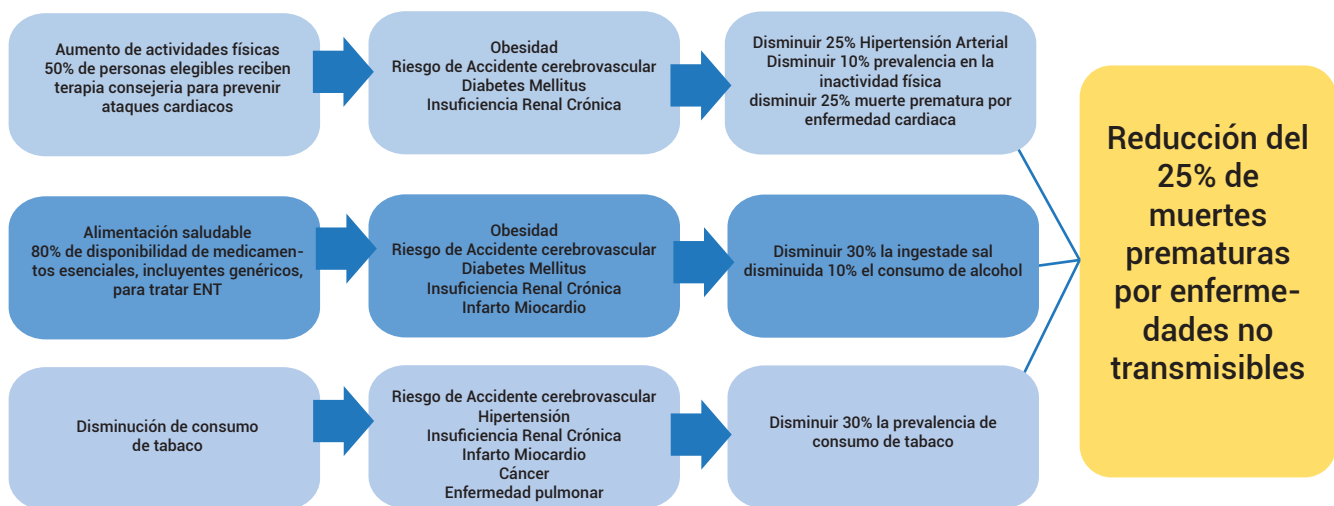
“Reducción del 25% de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles”

A nivel mundial, para disminuir las problemáticas vinculadas a la morbi-mortalidad por enfermedades no transmisibles, se plantean una serie de elementos, sobre todo preventivos, que permitirán a los ciudadanos gozar de una vida saludable y evitar la muerte prematura.

Acciones como promover y fortalecer alianzas participativas que posibiliten y maximicen la colaboración a fin de catalizar enfoques multi-sectoriales; favorecer la orientación de las políticas, las prácticas, los servicios y los productos de los sectores público y privado para promover y proteger conjuntamente la salud y prevenir las ENT en toda la república. En la siguiente figura, se observa la lógica de los factores que permiten lograr dichos resultados.

2.7.1. Cadena de resultados

Figura 19
 Cadena de Resultados para reducir la Morbi-Mortalidad por Enfermedades No Transmisibles



Nota: La aplicación de la metodología de planificación con enfoque de GpR a esta condición de interés, se incorporará el Plan Nacional para la Prevención de Enfermedades No Transmisibles.

2.7.2. Intervenciones clave y actores principales

El actor principal para el logro de los resultados para disminuir la muerte prematura es el propio individuo; aspectos como una alimentación saludable, aumento de la actividad física, disminuir el consumo de tabaco y alcohol, entre otros, redundarán en disminuir las probabili-

dades y los riesgos de las enfermedades no transmisibles.

Es importante también la intervención pública con intervenciones estratégicas para promover y prevenir este flagelo. En el cuadro siguiente, se muestran las principales intervenciones identificadas para la institucionalidad pública, principalmente.

Cuadro 19
Enfermedades No Transmisibles: Ejes de Trabajo y actores identificados

ACTOR	EJE DE TRABAJO
MSPAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Impulsar iniciativas de ley para: <ul style="list-style-type: none"> • Regulación del Etiquetado Frontal de Advertencia Nutricional de alimentos procesados, ultra procesados y bebidas no alcohólicas. • Regulación de la Publicidad de alimentos dirigida a los niños. • Prohibición de la promoción, publicidad y patrocinio del tabaco y el alcohol. • Prohibición de utilización de grasas trans en restaurantes y alimentos procesados. • Elevación de impuestos al tabaco, alcohol, alimentos con alto contenido de azúcar y sal y, encauzar lo recaudado al MSPAS para la prevención de ECNT. • Regulación del Etiquetado Frontal de Advertencia sobre el tabaco. • Creación de clínicas de cesación de tabaquismo y alcoholismo. 2. Promoción de Estilos de Vida Saludables 3. Creación de clínicas de cesación del tabaco en servicios de las DAS 4. Diagnóstico Temprano y Atención oportuna 5. Acceso a Diagnóstico médico, clínico y laboratorio 6. Acceso a Medicamentos 7. Seguimiento clínico 8. Gestionar la Ley de regulación de contenido de sodio en alimentos 9. Impulsar guías de prevención 10. Fortalecer acciones de salud laboral 11. Fortalecer Acciones conjuntas con Educación 12. Actualización de normas y regulaciones sanitarias existentes
MINEDUC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la Salud. 2. Promover y asegurar a los estudiantes el acceso a agua potable 3. Implementar la Ley de Alimentación Escolar elaborando su Reglamento 4. Tiendas escolares saludables 5. Refacción escolar saludable 6. Incluir estilos de vida saludable en el currículo base (Guías alimentarias, Actividad Física en el Aula) 7. Incrementar el tiempo de educación física en los establecimientos educativos a nivel nacional (públicos y privados)

MINECO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publicidad regulada 2. Impuestos a drogas lícitas 3. Prohibir las bebidas energizantes antes y azucaradas 4. Gravar bebidas alcohólicas
MAGA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huertos familiares 2. Referencia Oportuna 3. Promoción de la alimentación saludable
MCIV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infraestructura vial para acceso a servicios
MARN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la calidad de alimentos (que no cuente con residuos de insecticidas) 2. Saneamiento Ambiental
MIDES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de desarrollo familiar
SEGEPLAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Políticas públicas orientadas a prevención de muerte prematura 2. Enfermedades No transmisibles como Prioridad Nacional
SECRETARIA DE COMUNICACIÓN SOCIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difundir el uso de la Guía Clínica para la Cesación del Tabaquismo del MSPAS 2. Impulsar guías de prevención
MUNICIPALIDADES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecimiento de Municipios saludables 2. Promoción de Casa limpia-patio limpio 3. Promoción de la salud 4. Agua y saneamiento 5. Ciclovías 6. Organizar eventos masivos e infraestructura para el desarrollo de actividad física 7. Fomentar el deporte 8. Seguridad Vial
IGSS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción 2. Educación 1. Diagnóstico precoz 2. Tratamiento y Monitoreo
SAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ingreso alimentos ilegales 2. Promoción
Congreso de la República	<ol style="list-style-type: none"> 3. Legislación. Especialmente la relativa a la ratificación de la coordinación interinstitucional con la USAC. 4. Apoyar la Ley de regulación de contenido de sodio en alimentos 5. Presupuesto
SOCIEDAD CIVIL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción, no consumo de alimentos insalubres 2. Aumento de actividad física
IGLESIAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción estilo de vida saludable
ASOCIACIONES ESPECIALISTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción y Educación 2. Diagnóstico precoz



Marco Estratégico Institucional

Análisis de capacidades de gestión institucional para atender la problemática. Este análisis requiere considerar aspectos positivos y negativos que afectan o favorecen la gestión institucional en la atención de cada uno de los problemas priorizados, para ello es necesario volver al modelo conceptual o árbol de problemas construido con anterioridad y proceder a analizar aspectos como: Organización, recursos humanos, recursos tecnológicos, presencia territorial, infraestructura, etc.

3. Análisis Institucional (FODA)

3.1. Análisis de los determinantes relacionados al sistema de salud

3.1.1. Accesibilidad a la salud

La exclusión en salud se da en medio de la interacción entre las necesidades de salud y la capacidad de respuesta del Sistema de Salud ante dichas necesidades. Se evidencian las siguientes condiciones en la población que la hacen susceptible a la exclusión: a) El aumento de pobreza general (59.3%) y extrema pobreza (23.4%); b) La proporción de población pobre no asegurada que no usa servicios de salud por razones económicas (36%); c) El porcentaje de población sin seguro de salud (89.2%); d) El porcentaje de población que no consulta por razones de acceso cultural y calidad de la atención, entre otras. Lo anterior se evidencia en la tendencia de las razones de no acudir a los servicios de salud: i) No hay médicos o enfermeras (3.9 %); ii) Espera muy larga (2%) y no hablan el idioma (1%); iii) Porcentaje de partos no asistido por personal calificado (34.5 %); iv)

Carencia de acceso a fuentes de agua mejorado (21,2%) y servicio de saneamiento mejorado (42%).

Del total de la población que declaró haber presentado algún problema de salud, solo el 56.4% realizó una consulta para aliviar el mal que le aquejaba, cifra que ha ido incrementándose en los últimos años (2000-2014), atribuidos principalmente al aumento en la atención en centro de salud (29%), hospital público (95%), hospital privado (5%) y centro comunitario (170%). El porcentaje de población en pobreza general y pobreza extrema que necesitaron consultar los servicios públicos (36.4% y 29.4%). Los lugares de atención más preferente lo constituyen los servicios públicos de salud con un 51% (Puesto y Centro de salud, hospital público y centro comunitario)

Según el Departamento de Epidemiología del MSPAS, la tendencia de personas (en porcentaje) que necesitaron atención médica, desagregado por lugar de atención, Guatemala 2000-2014 es el siguiente:

Cuadro 20
Porcentaje de personas que necesitaron atención médica desagregado por lugar de atención
Períodos del 2000-2014

Lugar de atención	2000	2006	2011	2014	
Clínica Privada	37.4	40.7	29.2	22.3	↓
Centro de Salud	15.1	13.1	16.6	19.5	↑
Hospital Público	9.3	11.8	14.9	18.2	
Farmacia	8	7.6	8.1	7.8	
Puesto de Salud	7.7	7.2	10.3	7.5	
IGSS	6.8	7	6.5	6.9	
Hospital Privado	2.6	2.9	4.4	4.9	↑
En la Casa	5.5	5.5	4.4	4.8	↓
Centro Comunitario	2	2.6	3.3	5.4	↑
Otro lugar de atención	5.7	1.4	2.4	2.8	↓

Fuente: MSPAS. Departamento de Epidemiología con datos de ENCOVI 2000-2014

Desde otra perspectiva, se puede observar el porcentaje de personas que necesitaron atención médica, desagregado por lugar de atención y pobreza, Guatemala, 2014

Cuadro 21
 Porcentaje de personas que necesitaron atención médica desagregado por lugar de atención y niveles de pobreza
 Períodos del 2000-2014

Lugar de Atención	No Pobre	Pobre no Extremo	Pobre Extremo	Total
Clínica privada	73.8	22.4	3.9	22.3
Centro de Salud	41.3	41.2	17.5	19.5
Hospital Público	54	31.1	15	18.2
Farmacia	38.3	34.3	27.4	7.8
Puesto de Salud	26.5	45.3	28.1	7.5
IGSS	83.3	11.9	4.8	6.9
Hospital Privado	78.9	18	3	4.9
En la casa	31.7	25.8	42.5	4.8
Centro Comunitario	15.6	27.8	56.7	5.4
Otro lugar de atención	21.6	74.4	4	2.8

Fuente: MSPAS. Depto. Epidemiología con datos de la Encovi 2014

3.1.2. Red de servicios

La red de servicios con que se contó para atender el perfil epidemiológico de la población en el año 2015 se constituyó en 1,542 servicios del MSPAS y 83 servicios del IGSS. En el MSPAS se constituye por 1,165 puestos de salud, 278 centros de salud tipo B, 55 centros de salud tipo A y 44 hospitales. En el IGSS está constituida por 11 puestos de salud, 45 consultorios, tres salas anexas y 24 hospitales.

Según la normativa 20-2016 se define que la densidad de centros de salud por habitante debe ser de un centro de salud por 10,000 habitantes, con base a esta meta, se estima que es necesario contar con 809 centros de salud a nivel nacio-

nal. En el caso de los puestos de salud, debiera ser de uno por 5,000 habitantes, con base a esta meta se estima que es necesario contar con 2,087 puestos de salud más a nivel nacional.

Es importante resaltar la alta concentración de servicios en el departamento de Guatemala, especialmente de nivel hospitalario. En el caso del sector privado, se ha incrementado pasando de 3,550 clínicas o consultorios médicos en 2011 a 3,969 al año 2015. Los servicios están concentrados en el Departamento de Guatemala y en las áreas urbanas de los departamentos., principalmente en Quetzaltenango y Alta Verapaz.

Cuadro 22
Servicios de Salud del MSPAS
2015

Establecimiento	Cantidad
Puesto de Salud	1,165
Cetro de Salud Tipo B	278
Centro de Salud Tipo A	55
Hospitales	44
TOTAL	1,542

Fuente: UPE, MSPAS

1.1.1. Financiamiento de la salud

Respecto al gasto nacional en salud, se observa que su participación como porcentaje del PBI (año 2013) fue del 6.3 %; el menor de la subregión y por debajo del promedio de Centroamérica (7.8%). El gasto privado es la principal fuente de financiamiento, incluye la contribución directa de los hogares a través de pago de bolsillo y la contribución de los empleadores mediante las cuotas patronales a la seguridad social.

Desagregado por gasto de gobierno, hogares y empresas, se puede evidenciar claramente que el sistema de salud es financiado, principalmente, por medio del gasto directo de los hogares, con un promedio del periodo de 1995 al 2013 de 56%, sin embargo, la tendencia es a una leve reducción, principalmente a partir del año 2005. El 36% es el gasto de gobierno y un 8% de las empresas y otros, del gasto total en salud. Todas las demás fuentes, presentan una tendencia al aumento.

La carga excesiva del financiamiento del sistema

sobre los hogares expone a la población al riesgo de gastos catastróficos como resultado de enfermedades agudas, crónicas o accidentes. El aseguramiento en Guatemala (IGSS, más seguros privados) no sobrepasa el 11% del total de la población (ENCOVI 2014). Se puede afirmar que la mayoría de la población del país carece de protección social en salud y dirige su gasto al consumo directo de bienes y servicios en salud. El financiamiento del sistema de salud por los hogares en Guatemala representa el 3.6% del PIB (año 2011). Esta cifra es la segunda más alta de todos los países del continente, solamente superada por Honduras que es la primera con 3.9%. En cuanto al gasto del presupuesto de salud, durante el periodo de los años 2006 al 2014, el mayor gasto en promedio del porcentaje del total de gasto destinado al MSPAS ha sido la recuperación de la salud y el segundo programa en relación al promedio de porcentaje del gasto es las acciones de prevención. La brecha entre la recuperación y la prevención es 44%. Lo cual evidencia que aún se sigue priorizando la atención curativa.

3.1.4. Recursos humanos para la salud

Los recursos humanos son pilares fundamentales para generar cambios y mejorar los sistemas de salud. Según el informe sobre la Salud en el Mundo 2006 de la OMS, la falta de personal, junto con las carencias de entrenamiento y preparación constituyen el principal obstáculo para que los sistemas de salud respondan eficazmente a las necesidades de la población. Todos los departamentos se encuentran por debajo de la meta propuesta.

La densidad de médicos por habitante y la densidad de recursos humanos en salud (disponibilidad conjunta de médicos y enfermeras) en el MSPAS de Guatemala se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro 23
Densidad de médicos del MSPAS desagregados por departamento
Guatemala 2014

Departamento	Número	Médicos por 10,000 habitantes	Médicos Necesarios	No. De estrato
Guatemala País	5,216	3.3	10,591	
El Progreso	128	8	38	1
Guatemala	1,872	6	1,434	2
Petén	326	5	386	2
Zacapa	117	5	116	2
Baja Verapaz	106	4	186	2
Izabal	192	4	253	2
Santa Rosa	136	4	232	2
Chiquimula	132	3	265	3
Jalapa	106	3	240	3
Jutiapa	152	3	311	3
Quetzaltenango	294	3	551	3
Sacatepéquez	85	3	252	3
Alta Verapaz	285	2	935	3
Escuintla	119	2	627	3
Huehuetenango	291	2	944	3
Quiché	205	2	849	3
Retalhuleu	52	2	274	3
San Marcos	217	2	879	3
Sololá	108	2	370	3
Suchitepéquez	86	2	469	3
Totonicapán	108	2	414	3
Chimaltenango	99	1	568	3

Fuente: MSPAS

Nota: En rojo los departamentos con mayor brecha y disponibilidad de médicos.

3.2. Infraestructura de salud

3.2.1. Disponibilidad de Puestos de Salud

La densidad de puestos de salud por habitante en el año 2016 a nivel nacional fue de 0.4 puestos de salud por 5,000 habitantes. Los departamentos que superan la meta ideal de un puesto de salud por 5 mil habitantes son: Baja Verapaz, El Progreso y Zacapa con un promedio de RPB de 18%. Solo el departamento de Santa Rosa se encuentra en el estrato con alta disponibilidad y una brecha proporcional de 18%. Los departamentos que se encuentran en mediana disponibilidad y una RPB, entre 43 y 58% son: Peten, Jutiapa, Retalhuleu, y Huehuetenango. Los departamentos que se encuentran en baja disponibilidad y entre una brecha proporcional entre -66 y -100% son: Jalapa, Quiche, Chimaltenango, Chiquimula, Sololá, Izabal, San Marcos, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Totonicapán, Escuintla, Sacatepéquez, Alta Verapaz y Guatemala.

3.2.2. Disponibilidad de Centros de salud

La densidad de centros de salud por habitante para el año 2016 a nivel nacional fue de 0.4 centros de salud por 20,000 habitantes. Los departamentos que se encuentran en el estrato con alta disponibilidad y una brecha proporcional entre 6 y 32% son: El Progreso, Zacapa y Santa Rosa. Los departamentos que se encuentran en mediana disponibilidad y una brecha proporcional entre 46 y 60% son: Jutiapa, Sololá, Retalhuleu, Chiquimula, Quetzaltenango y Baja Verapaz. Los departamentos que se encuentran en baja disponibilidad y una brecha proporcional entre 68 y 100% son: Chimaltenango, Quiche, Huehuetenango, Jalapa Petén, San Marcos, Escuintla, Izabal, Totonicapán, Alta Verapaz, Sacatepéquez y Guatemala.

3.2.3. Disponibilidad de camas hospitalarias

En el 2016, los hospitales del MSPAS contaban con 7,183 camas, lo que representa una relación de 0.44 camas por mil habitantes. Del total, 47% de las camas se ubican en dos hospitales: Guatemala (38%) y Sacatepéquez (9%), el resto de departamentos (20), aportan un porcentaje promedio de 3%. Según la densidad por 1,000 habitantes solo Sacatepéquez alcanza un estándar de una cama por mil habitantes, el resto de los departamentos no alcanza dicho estándar y varía entre un valor máximo de 0.82 a un valor mínimo de 0.15.

En resumen, el MSPAS debe superar varios desafíos en el corto plazo para poder alcanzar la meta de la cobertura sanitaria universal. La mayor parte de los elementos, están referidos a la gestión institucional que debe mejorarse en algunos aspectos, por ejemplo: Recategorización de los servicios, recursos humanos, calidad de gasto, procesos y procedimientos, coordinación intra e interinstitucional, entre otros.

A continuación y derivado del análisis anterior, se presenta la estrategia que el MSPAS debe implementar para lograr las transformaciones esperadas en la población objetivo.

3.3 Análisis Estratégico

En los anexos respectivos elaborados, según las directrices de los entes rectores, se podrá observar el análisis de los elementos de la herramienta FODA. Se establecieron las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas con respecto a recursos humanos, financiamiento de la salud, procesos y procedimientos, red de servicios y el seguimiento y evaluación.

A continuación, se presenta el análisis de relacionamiento de fuerzas que, como resultado, permite el planteamiento de las principales estrategias institucionales para lograr los resultados establecidos.

Cuadro 24
Análisis Estratégico Institucional
MSPAS 2018

Estrategias derivadas del Análisis FODA	
Aprobación del documento de las Redes de Servicios de Salud (RISS) por el Señor Ministro mediante acuerdo ministerial.	Aprovechar el apoyo técnico y financiero de cooperantes nacionales e internacionales para el fortalecimiento de la gestión logística
Implementación de la Estrategia de Redes de Servicios	Socialización de la estrategia a personal de los Servicios de Salud y otros prestadores de servicios
Establecer una política de administración de RRHH que permita la estandarización de márgenes salariales	Desarrollar un plan de capacitación para transferencia de competencias a los equipos conductores.
Socializar documento a personal local involucrado en la integración de las RISS	Consejo Nacional integrado y definiendo las funciones para cada uno de los actores
Crear una estrategia que permita establecer la carrera administrativa en el MSPAS	Atención salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población
Aprovechar al personal competente y experiencias previas para la implementación.	La integración de otros actores de salud integrados dentro de la RISS mejora la rectoría y conducción del MSPAS. Coordinación interinstitucional
Aprovechar la oportunidad de la revisión del Marco Legal, PEI y Reforma para implementar la estrategia	Adecuación del SIGSA como un ente integrador de la RISS
Establecer un plan de inversiones que permita mejorar la infraestructura existente y la construcción y equipamiento de nueva servicios de primero, segundo y tercer nivel de atención	Crear mecanismos, herramientas y normativas robustas que permitan la supervisión, seguimiento y monitoreo de la gestión institucional y la evaluación de las intervenciones.
Diagnóstico de los servicios, cerrar brechas y recategorizar	Aprovechar la coordinación con el IGSS para la para realizar actividades conjuntas como elaboraciones de listas básicas de medicamentos a nivel de sector, compras conjuntas para aprovechar las economías de escala
Identificación de la propiedad actual de los terrenos en donde están ubicados los servicios y gestionarlos como una prioridad (regularizar los terrenos)	Prestación servicio especializado en el lugar más apropiado, que se ofrece de preferencia en entorno extra hospitalario
Establecer mecanismos para la aprobación e implementación de los manuales de procesos y procedimientos	Una extensa red de establecimientos de salud que presentan servicios de promoción, prevención, diagnósticos tratamientos, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integran los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública
Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población	Prestación servicio especializado en el lugar más apropiado, que se ofrece de preferencia en entorno extra hospitalario.
Contar con una unidad ejecutora encargada de coordinar la inversión, supervisión y seguimiento de la infraestructura de salud financiada con fondos propios, donaciones o préstamos.	

Reforma del Sector Salud

Ejercer la rectoría y gobernanza del sector salud.

Fortalecer la gestión institucional para garantizar que los recursos sean administrados desconcentradamente, con transparencia y eficiencia

Desarrollar una fuerza laboral de salud competente y suficiente.

Promover el acceso universal a la atención integral en salud enfocada en el individuo, la familia, la comunidad y su entorno

Fortalecer la gestión y atención en el marco de redes integradas de servicios de salud, para brindar la salud a las personas, familias y comunidad.

Fortalecer la regulación sanitaria para dar sostenibilidad a la salud integral de la población

Fortalecer y desarrollar el Sistema de información

Gestión del financiamiento de la salud

Interinstitucionalidad y Participación ciudadana

3.4. Intervenciones estratégicas

En los apartados establecidos para cada resultado, se incorpora la información de las intervenciones estratégicas que deben brindarse a la población para lograr mejores resultados y mejorar sus condiciones de vida. Como parte de los insumos para dichas intervenciones, se encuentran los proyectos de inversión pública, específicamente, los relacionados a formación bruta de capital fijo, que incluye las intervenciones de construcción, reposición, mejoramiento y/o ampliación de los servicios de salud pública. En el cuadro 28 ubicado en los anexos de este documento, se encuentra la cartera de proyectos programados para los ejercicios fiscales del período 2019-2023. Asimismo, se encuentra el detalle de las negociaciones de fondos externos que permitirán el mejoramiento de la infraestructura básica del MPSAS.

Para lograr este resultado institucional, es necesaria la creación de una unidad de ejecución de programas y proyectos de salud dentro del

MSPAS, quien debe agilizar todos los procesos administrativos así como la planificación, desarrollo, adjudicación y ejecución de los proyectos de infraestructura financiados con fondos propios o bien de donaciones y préstamos.

3.5. Análisis de Actores

Los actores son determinantes en el proceso de planificación. Considerando que ninguna institución tiene la capacidad de lograr resultados por sí sola, es necesaria la identificación de aquellas entidades, organizaciones o personas individuales que puedan prestar los servicios o facilitar bienes para lograr los resultados. En el siguiente cuadro, se muestran los principales actores identificados para el logro de los resultados, estratégicos e institucionales planteados. Cabe mencionar, que para algunos resultados se definieron actores específicos, los cuales pueden observarse en el apartado respectivo. En la herramienta para el análisis de actores, se muestra a detalle la información de cada uno.

Cuadro 25
Principales actores identificados
MSPAS 2018

Actores internos	Actores externos
<ul style="list-style-type: none"> • Despacho Ministerial • Dirección General de Recursos Humanos • Dirección General del SIAS • Dirección General de Regulación Vigilancia y Control de la Salud • Gerencia Administrativa Financiera • Unidad de Planificación Estratégica • Centro Nacional de Epidemiología • Asesoría Jurídica • Sistema de Información Gerencial • Áreas y Distritos de Salud • Hospitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernadores • Instituto Guatemalteco de Seguridad Social • Alcaldes Municipales • Entidades e Instituciones del Sector Público y Privado • Cooperantes nacionales e internacionales • Consejo Nacional de Salud • Líderes locales • CODEDES, COCODES, COMUDES • Universidades • UNICEF • Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, (INCAP/OPS) • Oficina Panamericana de la Salud (OPS) • USAID/MCSP

3.5. Marco Filosófico Institucional

3.5.1. Visión Institucional

Un estilo de vida saludable para las personas, familias y comunidades con participación activa para contar con espacios saludables que favorezcan el desarrollo de la población, en un ambiente ecológicamente protegido, con acceso a servicios de calidad, oportuno, eficiente, equitativo e integral.

3.5.2. Misión Institucional

Ejercer la rectoría del Sector Salud con la participación social, para proveer servicios de atención integral a la población, con equidad y calidad mediante el funcionamiento de redes integradas de salud en sus tres niveles, con el uso eficiente y transparente de los recursos, para garantizar el derecho a la salud.

3.5.3. Valores y principios

Los valores principios y elementos sirven de guía en el proceso de formulación, implementación y gestión del PEI del MSPAS son los siguientes:

- Inclusión- Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- Respeto.- Considerando que todas las perso-

nas son sujetos de derecho por lo que recibirán un trato con respeto en función de atender sus necesidades.

c. Vocación de servicio.- Comprometidos a prestar servicios de calidad, oportunidad, calidez, equitativo e integral.

d. Compromiso.- Cumpliendo a cabalidad las funciones institucionales según los mandatos vigentes.

e. Integridad.- Asumiendo responsablemente nuestro comportamiento hacia los ciudadanos.

f. Justicia.- Brindado los servicios a los ciudadanos con pertinencia y oportunidad.

g. Lealtad.- Cumpliendo con los valores, principios y resultados establecidos por la institución, respetando los derechos individuales y colectivos.

3.5.4. Enfoques

- Derecho a la salud
- Equidad de género y pertinencia cultural
- Inclusión social (interculturalidad, pueblos indígenas, migrantes, diversidad sexual)
- Etapas del curso de vida
- Continuo de la atención
- Territorio y población e intersectorialidad
- Gestión por Resultados
- Gestión de Riesgo



Seguimiento y Evaluación a nivel Estratégico

El seguimiento contribuye al proceso de revisión interna continua, con la finalidad de realizar ajustes en la planificación, programación y adoptar medidas, cuando sea necesario. Además, ayuda a orientar los esfuerzos hacia resultados, contribuye a facilitar la visión multidisciplinaria e intersectorial y crea un espacio muy adecuado para la participación si se emplea apropiadamente.

La evaluación consiste en el análisis crítico de los avances en la ejecución física y financiera de los productos (intervenciones) y su efecto en favor de los ciudadanos, con el fin de orientar adecuadamente la responsabilidad del Estado en la vida económica y social del país. (Guía GpR).

4. Mecanismos de Seguimiento

La OMS define un Sistema de Información Sanitaria (SIS) como una estructura para la recolección, el proceso, el análisis y la transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios. Un SIS es la infraestructura esencial, recursos humanos y materiales y su interrelación, para la integración de datos de salud, cuyo objetivo es proveer información relacionada con la salud de la población en forma oportuna y confiable.

En ese marco, el MSPAS define los mecanismos necesarios para el adecuado seguimiento a las intervenciones institucionales. Cuenta con un sistema de información gerencial (SIGSA) el cual posee los instrumentos para la recopilación de la información que sirve de insumo para los distintos indicadores de producción que permiten medir la eficiencia y eficacia institucional. También, cuenta con el Departamento de Epidemiología, el cual tiene como visión el proceso de análisis Epidemiológico en Guatemala y está conformado por una red articulada de unidades, que se constituye en el pilar de la Salud Pública del País. Con base en la vigilancia e investigación, realiza actividades oportunas de análisis, monitoreo, evaluación, prevención, y control de riesgos; y eventos en Salud Pública.

Adicionalmente, cuenta con la Unidad de Planificación Estratégica que, dentro de los mandatos se encuentra el monitoreo y la evaluación del desarrollo de políticas, planes y programas formulados y aprobados sectorialmente, reajustándolos en forma periódica.

A continuación, se detallan los principales indicadores de producto definidos, para los mismos, se ha completado la ficha respectiva

establecida por los entes rectores.

4.1. Indicadores de producto:

a. Proporción de niñas/os < de 1 año con vacunas completas según esquema de vacunación vigente

Este indicador está asociado al resultado: Contribuir a disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica y aguda en niños menores de 5 años mediante las acciones definidas, para la atención del hambre crónica y estacional, cuyos datos proceden de los documentos de registro de producción del reporte del monitoreo y crecimiento del Cuaderno 5 C MC mensual de las Áreas de Salud y de la Población de niños de 1 año (nacidos vivos), según INE

b. Proporción de niños/as < 1 año en promoción del crecimiento de acuerdo a su edad

Indicador asociado al resultado: Contribuir a disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años mediante las acciones definidas, para la atención del hambre crónica y estacional. La información para el seguimiento, se toma de los documentos de registro de producción SIGSA 5C mensual de las Áreas de Salud y de la población de niños menores de 1 año según INE.

c. Porcentaje de embarazadas con 4 controles prenatales durante su embarazo según norma vigente

Indicador asociado al resultado: Incrementar la cobertura de la atención integral de la mujer en edad fértil. Fortalecer la atención materna y neonatal. Los datos se obtienen de los registros del documento SIGSA 3 de las Áreas de Salud y de los datos programados en el POA.

d. Proporción de mujeres atendidas durante el parto en institución de salud del MSPAS por proveedor calificado

Este indicador se asocia al resultado: Incrementar la cobertura de la atención integral de la mujer en edad fértil. Fortalecer la atención materna y neonatal. Los datos para el seguimiento se obtienen de los registros de producción reportados en el SIGSA 1.

e. Porcentaje de embarazadas que se hicieron la prueba de VIH y conoce sus resultados en el periodo de reporte

Indicador asociado al resultado: Desarrollar una estrategia de atención integral que priorice la prevención de las enfermedades catastróficas. Como insumos, se obtienen el registro rutinario de tamizaje a embarazadas.

f. Porcentaje de casos de tuberculosis curados

Este indicador también está asociado al resultado: Desarrollar una estrategia de atención integral que priorice la prevención de las enfermedades catastróficas. Los datos se obtienen de los registros del Libro Rojo de Tratamiento de Tuberculosis y de los datos de población del INE.

g. Tasa de notificados de tuberculosis en todas sus formas

Este indicador está asociado al resultado: Desarrollar una estrategia de atención integral que priorice la prevención de las enfermedades catastróficas. Los insumos de información se obtienen de los libros rojos de tratamiento de las Áreas de salud y el denominador de los datos de población del INE

5. Evaluación

La evaluación consiste en el análisis crítico de los avances en la ejecución física y financiera de los productos (intervenciones) y su efecto en favor de los ciudadanos, con el fin de orientar adecuadamente la responsabilidad del Estado en la vida económica y social del país; requiere de la generación sistemática de información sobre la capacidad institucional y el impacto de las intervenciones. (Guía Conceptual de Planificación y Formulación Presupuestaria por Resultados (2013). Primera Edición)

En este ámbito, el MSPAS define los indicadores de resultados, los cuales, establecen diversas modalidades para su evaluación.

5.1. Indicadores de resultado

a. Indicador de sobre vida (Porcentaje de adultos y niños con VIH que están en tratamiento antirretrovirico 12 meses después del inicio de tratamiento)

Este indicador está asociado al abordaje Integral de las enfermedades catastróficas en la red de servicios del MSPAS y cuenta con los siguientes productos asociados:

1. Mujer VIH positiva que recibe consejería sistemática post parto VIH positiva para efectuar seguimiento al niño expuesto.

2. Persona adolescente, adulto, adulto mayor y mujer embarazada, capacitada sobre formas de prevención de las ITS, VIH/SIDA y el uso correcto del condón.

3. Paciente VIH positivo con tratamiento ARV.

b. Tasa de Mortalidad Infantil

Este indicador mide la contribución del MSPAS a la reducción del problema de la Mortalidad y reducción de la desnutrición en la niñez guatemalteca. Se asocian los siguientes productos:

1. Madre de niño y niña menor de 5 años que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado infantil
2. Madre de niño y niña menor de 2 años con consejería sobre prácticas para el cuidado infantil con énfasis en el lavado de manos
3. Niño y niña menor de 5 años atendido por infección respiratoria aguda
4. Niño y niña menor de 5 años atendido por enfermedad diarreica aguda
5. Niño y niña menor de 1 año de edad vacunado de acuerdo a su edad y esquema de vacunación vigente
6. Niño y niña menor de 5 años con monitoreo de crecimiento
7. Niño y niña menor de 5 años suplementado semestralmente con micronutrientes
8. Población atendida con servicios de información, educación y comunicación para el cuidado del recién nacido

c. Prevalencia de la desnutrición crónica y aguda en la niñez menor de 5 años

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2014/15 aproximadamente el 46% de los niños y niñas menores de 5 años de edad presentan desnutrición crónica, es por esto que, este MSPAS ha decidido participar en la reducción de la desnutrición crónica en la población de niñas y niños menores de cinco (5) años, expresada como el porcentaje de retardo en talla, con énfasis en los municipios priorizados.

En Guatemala la desnutrición crónica, es significativamente mayor en la población indígena residente en el área rural; entendiendo por desnutrición crónica al proceso resultante de la deficiencia en la alimentación y la carga excesiva de enfermedades padecidas por tiempo prolongado, comenzando en la concepción, que tiene como manifestaciones el retardo en el crecimiento físico, el desarrollo mental, el rendimiento escolar y la baja productividad del adulto, entre otras. La información del periodo 2016 corresponde a datos parciales, 2017-2019, corresponde a datos proyectados de acuerdo a producción histórica.

En este indicador, se asocian los siguientes productos:

1. Madre de niño y niña menor de 5 años que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado infantil
2. Vigilancia del agua para consumo humano y uso recreativo
3. Niño y niña menor de 5 años atendido por infección respiratoria aguda
4. Niño y niña menor de 5 años atendido por enfermedad diarreica aguda
5. Niño y niña menor de 5 años suplementado semestralmente con micronutrientes
6. Niña y Niño menor de 2 años con diagnóstico y tratamiento de la desnutrición aguda
7. Madre de niño y niña menor de 5 años que recibe consejería sobre prácticas para el cuidado infantil
8. Vigilancia del agua para consumo humano y uso recreativo

d. Razón de Mortalidad Materna

Establecido en el marco del resultado: Reducir la mortalidad materna y mejorar la salud integral de la mujer en el período reproductivo.

En Guatemala la última medición de mortalidad materna se realizó en el año 2013 identificándose 394 casos, una razón de mortalidad materna (RMM) de 113 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, Según datos proporcionados por Sistema de Información Gerencial en Salud-SIGSA- la RMM presenta una tendencia a la reducción muy significativa como puede observarse en el comportamiento de los años

2013 a 2015, tendencia que se proyecta como puede observarse con la meta propuesta para los años, 2017 a 2019. Lo importante, es tomar en cuenta que la mortalidad materna es un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario y socioeconómico de un país, por lo que su reducción es uno de los principales objetivos a nivel nacional. La información del periodo 2016 corresponde a datos parciales, 2017-2019, corresponde a datos proyectados de acuerdo a producción histórica.

Se asocian los siguientes productos:

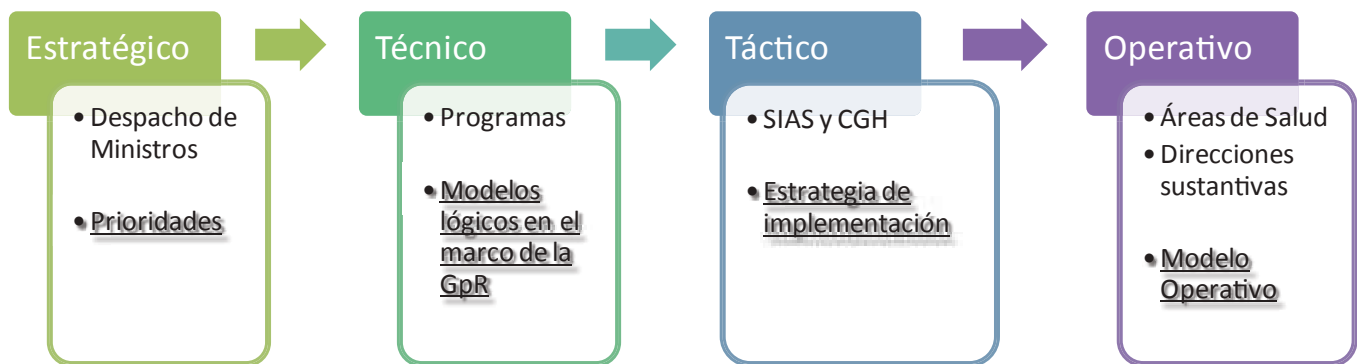
1. Mujer detectada en el primer trimestre del embarazo
2. Mujer atendida durante el parto en institución de salud por proveedor calificado
3. Mujer atendida por urgencias obstétricas durante el parto
4. Mujer atendida durante el puerperio en la comunidad por proveedor calificado
5. Población con acceso a métodos de planificación familiar

6. Estrategia de implementación

En esta fase del proceso, todos los actores, tanto autoridades ministeriales, directores, jefes, técnicos y operativos, se ven involucrados para lograr la implementación del PEI. La primera fase ha sido agotada en función de las prioridades establecidas por las autoridades superiores. En la fase dos, los encargados de los programas estratégicos del ministerio deben completar la

aplicación de la metodología GpR y concluir los modelos de planificación en todas sus fases. Las fases táctica y operativa, es determinante para el éxito de este proceso, con las autoridades y técnicos del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) así como los Directores de áreas y Hospitales, como piezas clave para este proceso.

Figura 20
Resumen de la Estrategia de Implementación



Fuente: Elaboración MSPAS. 2018

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Cuadro de resultados estratégicos e institucionales del MSPAS

Cuadro 26
 Resultados Estratégicos de mediano plazo
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

No.	¿QUE?	¿QUIÉNES?	CAMBIO	MAGNITUD – TIEMPO	RESULTADO
1	Razón de Mortalidad Materna	Mujeres en edad fértil	Reducir	20 puntos porcentuales de 2013-2019	Al 2019, la razón de mortalidad materna se ha reducido en 20 puntos. Línea de base: 113 muertes por cada cien mil nacidos vivos (2013, MSPAS). Meta: 93 muertes por cada cien mil nacidos vivos (2019).
2	Mortalidad en la Niñez	Niños menores de 5 años	Reducir	10 puntos porcentuales de 2015-2019	Al 2019, se ha disminuido la mortalidad en la niñez en 10 puntos por cada 1,000 nacidos vivos (de 35 muertes por mil nacidos vivos en 2015 a 25 muertes por mil nacidos vivos en 2019).
3	Mortalidad por Tuberculosis	Población	Reducir	75 por ciento	Reducción del 75% de la mortalidad por TB en relación al 2015. (Línea de base: 1.9% en 2015)
4	Incidencia estimada de Tuberculosis	Población	Reducir	50 por ciento	Reducción del 50% de la incidencia estimada de TB en relación al 2015. (Línea de base: 19.7% en 2015)
5	Gastos Catastróficos	Familias	Eliminar		Eliminar los gastos catastróficos debidos a la TB que tengan que hacer las familias
6	Malaria	Población	Eliminar	2020	Eliminación de la Malaria para el año 2020
7	Letalidad por Arbovirosis	Población	Disminuir	5 por ciento	Letalidad anual por Arbovirosis disminuida en 5% anual
8	Muerte prematura	Adultos y Adultos mayores	Reducir	25 por ciento	Reducción del 25% de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles

Fuente: Elaboración propia con información de los programas respectivos.

7.2. Anexo 2: Compromisos del MSPAS, según instrumentos nacionales e internacionales

A continuación, se presentan las distintas metas nacionales establecidas en diversos instrumentos de política pública de mediano y largo plazo. Dichas metas, son consideradas para la priorización de los resultados estratégicos e institucionales del MSPAS. Cabe resaltar que estos instrumentos establecen también los indicadores para su seguimiento

Cuadro 27
Metas establecidas según instrumentos nacionales e internacionales

Resultado	Katún	ODS	Plan de Acción ETN	PGG2016-2020
Mortalidad Materna	Reducir la tasa de mortalidad materna en cinco puntos porcentuales anuales, iniciando en 2015.	Meta 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos		Al 2019, la razón de mortalidad materna se ha reducido en 20 puntos. Línea de base: 113 muertes por cada cien mil nacidos vivos (2013, MSPAS). Meta: 93 muertes por cada cien mil nacidos vivos (2019).
Mortalidad Niñez	Para el año 2032, reducir la tasa de mortalidad en la niñez en treinta puntos	Meta 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años		Al 2019, se ha disminuido la mortalidad en la niñez en 10 puntos por cada 1,000 nacidos vivos (de 35 muertes por mil nacidos vivos en 2015 a 25 muertes por mil nacidos vivos en 2019). Línea basal ENSMI 2014-2015
Mortalidad Infantil	Para el año 2032, reducir la tasa de mortalidad infantil en veinticinco puntos.			
VIH y VIH avanzado	Detener la epidemia y lograr que por lo menos el 90% de la población cuente con los conocimientos correctos sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH, haciendo énfasis en adolescentes y jóvenes	Meta 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles		
Tuberculosis	Sin meta/ resultado /lineamiento		No se visualiza	No se visualiza
Malaria	Sin meta/ resultado/ lineamiento		No se visualiza	No se visualiza
Arbovirosis: Dengue Zika Chikungunya	No se visualiza	Meta 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	No se visualiza	No se visualiza
Enfermedades No Transmisibles	Reducción de la carga de las principales enfermedades no transmisibles: cardiovasculares, respiratorias crónicas y diabetes	Meta 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar	<ol style="list-style-type: none"> 30% Reducción en la prevalencia del uso del tabaco en personas mayores de 15 años 50% de las personas elegibles reciben terapia y consejería para prevenir ataques cardiacos 10% Reducción del consumo nocivo de alcohol 10% de reducción en la prevalencia de inactividad física 14% Reducción de la Hipertensión Arterial 	No se visualiza

Nota: Plan de Acción para la prevención y el control de las enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019 (Metas para el 2025)

7.3. Anexo 3: Plan de Infraestructura de corto y mediano plazo (2019-2023)

Cuadro 28
 Plan de Infraestructura para el corto y mediano plazo
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Nombre del Proyecto	Unidad de Medida	2019		2020		2021		2022		2023	
		Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera
Construcción Edificio (S) Centro de Urgencias Médicas, Esquipulas, Chiquimula	Metro Cuadrado	992	Q4.73	1,042	Q4.97	1,094	Q5.22	1,149	Q5,478,126.92	1,206	Q5.75
Construcción Puesto De Salud , Aldea Centro 1, Barillas, Huehuetenango	Metro Cuadrado	159	Q1.00	167	Q1.05	175	Q1.10	184	Q1,157,625.00	193	Q1.22
Construcción Puesto de Salud Aldea San Antonio Tzeja, Ixcán, Quiché	Metro Cuadrado	161	Q1.00	169	Q1.05	178	Q1.10	186	Q1,157,625.00	196	Q1.22
Construcción Puesto de Salud Chuguxa II, Chichicastenango, Quiché	Metro Cuadrado	148	Q1.00	156	Q1.05	164	Q1.10	172	Q1,157,625.00	180	Q1.22
Construcción Puesto de Salud Aldea Mangales, Santa Cruz Muluá, Retalhuleu	Metro Cuadrado	134	Q1.00	141	Q1.05	148	Q1.10	155	Q1,157,625.00	163	Q1.22
Construcción Centro de Salud Sepur Zarco, El Estor, Izabal	Metro Cuadrado	123	Q1.50	129	Q1.58	135	Q1.65	142	Q1,736,437.50	149	Q1.82
Construcción Puesto de Salud Aldea Pacux, Rabinal, Baja Verapaz	Metro Cuadrado	148	Q1.00	156	Q1.05	164	Q1.10	172	Q1,157,625.00	180	Q1.22
Construcción Puesto de Salud Cantón Tojchoc, Aldea El Rosario, Tacana, San Marcos	Metro Cuadrado	140	Q1.00	147	Q1.05	154	Q1.10	162	Q1,157,625.00	170	Q1.22
Construcción Centro de Salud de Salud San Marcos, San Marcos	Metro Cuadrado	117	Q1.50	123	Q1.58	129	Q1.65	135	Q1,736,437.50	142	Q1.82
Construcción Centro de Salud Aldea Salquil Grande, Santa María, Nebaj, Quiché	Metro Cuadrado	189	Q1.50	198	Q1.58	208	Q1.65	219	Q1,736,437.50	230	Q1.82
Construcción Centro de Salud Aldea Chel San Gaspar , Chajul, Quiché	Metro Cuadrado	189	Q1.50	198	Q1.58	208	Q1.65	219	Q1,736,437.50	230	Q1.82
Construcción Centro de Atención Permanente (Cap) San Andrés Itzapa, Chimaltenango	Metro Cuadrado	100	Q1.00	105	Q1.05	110	Q1.10	116	Q1,157,625.00	122	Q1.22
Mejoramiento Centro de Atención Permanente (Cap) Fraijanes, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Mejoramiento Centro de Atención Permanente (CAP) Palencia, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61

Nombre del Proyecto	Unidad de Medida	2019		2020		2021		2022		2023	
		Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera
Mejoramiento Edificio(S) Clínica Periférica Primero de Julio, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Mejoramiento Centro de Atención Permanente (CAP) Villa Canales, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Mejoramiento Edificio(S) Maternidad El Amparo, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Mejoramiento Edificio(S) Clínica Periférica El Paraíso, Zona 18, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Mejoramiento Centro de Salud Zona 11, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Mejoramiento Centro de Salud Zona 1, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q0.50	158	Q0.53	165	Q0.55	174	Q578,812.50	182	Q0.61
Construcción Centro de Atención Permanente (CAP) Pueblo Nuevo, Ixcán, Quiché	Metro Cuadrado	200	Q2.00	210	Q2.10	221	Q2.21	232	Q2,315,250.00	243	Q2.43
Construcción Centro de Salud Catarina, San Marcos	Metro Cuadrado	148	Q1.50	155	Q1.58	163	Q1.65	171	Q1,736,437.50	180	Q1.82
Construcción Centro de Salud Aldea El Cerinal, Barberena, Santa Rosa	Metro Cuadrado	148	Q1.50	155	Q1.58	163	Q1.65	171	Q1,736,437.50	180	Q1.82
Construcción Centro Comunitario de Salud Aldea Las Manzanas, Chiantla, Huehuetenango	Metro Cuadrado	96	Q0.60	101	Q0.63	106	Q0.66	111	Q694,575.00	117	Q0.73
Construcción Hospital de Villa Nueva, Guatemala	Metro Cuadrado	500	Q21.00	525	Q22.05	551	Q23.15	579	Q24,310,125.00	608	Q25.53
Mejoramiento Hospital La Tinta, Alta Verapaz	Metro Cuadrado	2,484	Q4.28	2,608	Q4.49	2,739	Q4.72	2,876	Q4,952,074.33	3,020	Q5.20
Ampliación Hospital San Benito, Fase II Casa Materna, San Benito, Peten	Metro Cuadrado	195	Q2.20	205	Q2.31	215	Q2.43	226	Q2,546,775.00	237	Q2.67
Construcción Hospital Rabinal, Baja Verapaz	Metro Cuadrado	904	Q25.00	950	Q26.25	997	Q27.56	1,047	Q28,940,625.00	1,099	Q30.39
Mejoramiento Hospital de Huehuetenango, Área Nueva de Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, Huehuetenango	Metro Cuadrado	93	Q1.00	98	Q1.05	102	Q1.10	107	Q1,157,625.00	113	Q1.22
Mejoramiento Edificio Hogar de Ancianos, Fray Rodrigo de la Cruz, Antigua Guatemala, Sacatepéquez	Metro Cuadrado	823	Q1.00	864	Q1.05	907	Q1.10	952	Q1,157,625.00	1,000	Q1.22
Mejoramiento Hospital de Totonicapán, Totonicapán	Metro Cuadrado	1,118	Q3.00	1,174	Q3.15	1,233	Q3.31	1,295	Q3,472,875.00	1,359	Q3.65
Mejoramiento Hospital Rodolfo Robles, Quetzaltenango, Quetzaltenango	Metro Cuadrado	3,200	Q3.00	3,360	Q3.15	3,528	Q3.31	3,704	Q3,472,875.00	3,890	Q3.65
Mejoramiento Hospital de Coatepeque, Quetzaltenango	Metro Cuadrado	2,300	Q3.00	2,415	Q3.15	2,536	Q3.31	2,663	Q3,472,875.00	2,796	Q3.65
Mejoramiento Hospital de Tiquisate, Escuintla	Metro Cuadrado	1,200	Q3.00	1,260	Q3.15	1,323	Q3.31	1,389	Q3,472,875.00	1,459	Q3.65
Construcción Hospital de Mixco, Guatemala	Metro Cuadrado	250	Q5.00	263	Q5.25	276	Q5.51	289	Q5,788,125.00	304	Q6.08
Construcción Hospital Pediátrico de Especialidades, Guatemala, Guatemala	Metro Cuadrado	250	Q5.00	263	Q5.25	276	Q5.51	289	Q5,788,125.00	304	Q6.08
Construcción Edificio(S) Jefatura Área De Salud, Salamá, Baja Verapaz	Metro Cuadrado	193	Q2.00	203	Q2.10	213	Q2.21	224	Q2,315,250.00	235	Q2.43
Construcción Edificio Jefatura de Área de Salud El Progreso	Metro Cuadrado	193	Q2.00	203	Q2.10	213	Q2.21	224	Q2,315,250.00	235	Q2.43
Mejoramiento Edificio(S) PROAM, Guatemala, Guatemala	Metro Cuadrado	150	Q1.00	158	Q1.05	165	Q1.10	174	Q1,157,625.00	182	Q1.22

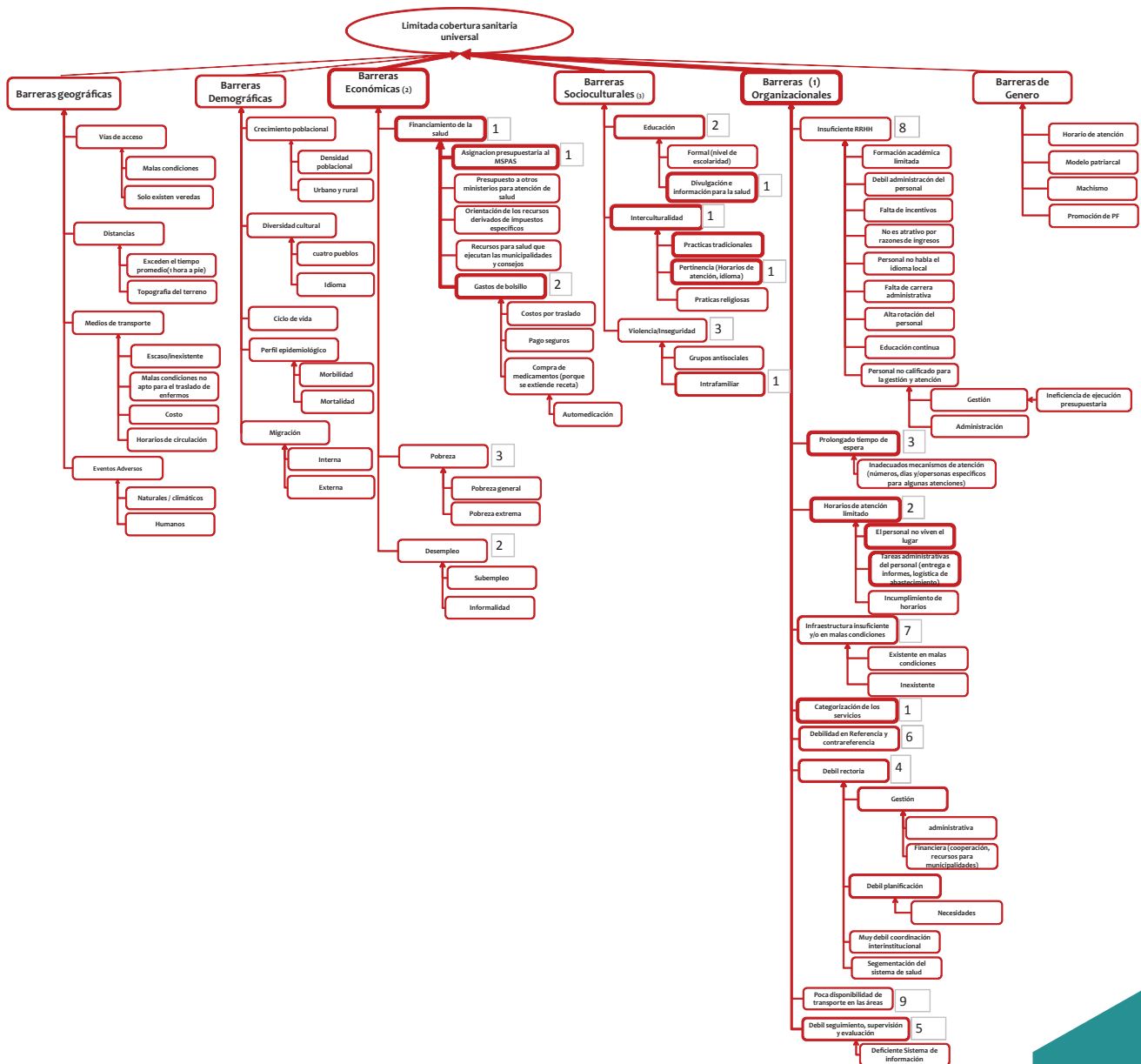
Nombre del Proyecto	Unidad de Medida	2019		2020		2021		2022		2023	
		Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera	Meta física	Meta financiera
Ampliación Hospital de Poptún: Área existente de Gineco-Obstetra y Pediatría, área nueva de Bodega de Insumos varios y Bodega de Medicamentos Y Equipo Médico Quirúrgico, Poptún, Peten	Metro Cuadrado	309	Q2.00	324	Q2.10	340	Q2.21	357	Q2,315,250.00	375	Q2.43
Mejoramiento Hospital San Vicente Áreas Nuevas de Cocina y Comedor, Áreas Existentes de Techos y Drenajes, Guatemala, Guatemala	Metro Cuadrado	229	Q2.00	240	Q2.10	252	Q2.21	265	Q2,315,250.00	278	Q2.43
Construcción Hospital San Pedro Necta, Huehuetenango	Metro Cuadrado	16,800	Q20.00	17,640	Q21.00	18,522	Q22.05	19,448	Q23,152,500.00	20,421	Q24.31
Mejoramiento Hospital General San Juan De Dios, Área De Emergencia, Guatemala, Guatemala	Metro Cuadrado	1,008	Q3.00	1,058	Q3.15	1,111	Q3.31	1,167	Q3,472,875.00	1,225	Q3.65
Mejoramiento Hospital De Cobán, Área existente de Quirófanos, Cobán, Alta Verapaz	Metro Cuadrado	354	Q2.75	372	Q2.89	391	Q3.03	410	Q3,183,468.75	431	Q3.34
Mejoramiento Hospital De Cuilapa, Cuilapa, Santa Rosa	Metro Cuadrado	600	Q2.00	630	Q2.10	662	Q2.21	695	Q2,315,250.00	729	Q2.43
Mejoramiento Hospital de Guastatoya, El Progreso	Metro Cuadrado	350	Q2.00	368	Q2.10	386	Q2.21	405	Q2,315,250.00	425	Q2.43
Mejoramiento Hospital de Nebaj, Quiché	Metro Cuadrado	587	Q2.00	617	Q2.10	647	Q2.21	680	Q2,315,250.00	714	Q2.43
Mejoramiento Hospital de Joyabaj, Quiché	Metro Cuadrado	375	Q2.00	394	Q2.10	413	Q2.21	434	Q2,315,250.00	456	Q2.43
Mejoramiento Hospital de Uspantan, Quiché	Metro Cuadrado	587	Q2.00	617	Q2.10	647	Q2.21	680	Q2,315,250.00	714	Q2.43
Mejoramiento Hospital de Quiche, Quiché	Metro Cuadrado	1,591	Q3.00	1,671	Q3.15	1,754	Q3.31	1,842	Q3,472,875.00	1,934	Q3.65
Mejoramiento Hospital de Fray Bartolomé De Las Casas, Alta Verapaz	Metro Cuadrado	8,462	Q3.00	8,885	Q3.15	9,329	Q3.31	9,795	Q3,472,875.00	10,285	Q3.65
Mejoramiento Hospital de Huehuetenango	Metro Cuadrado	1,591	Q3.00	1,670	Q3.15	1,754	Q3.31	1,842	Q3,472,875.00	1,934	Q3.65
Mejoramiento Hospital de Barillas, Huehuetenango	Metro Cuadrado	1,000	Q2.50	1,050	Q2.63	1,103	Q2.76	1,158	Q2,894,062.50	1,216	Q3.04
Mejoramiento Hospital de San Marcos, San Marcos	Metro Cuadrado	1,607	Q3.00	1,688	Q3.15	1,772	Q3.31	1,860	Q3,472,875.00	1,953	Q3.65
Mejoramiento Hospital de Malacatán, San Marcos	Metro Cuadrado	881	Q3.00	925	Q3.15	971	Q3.31	1,020	Q3,472,875.00	1,071	Q3.65

PROYECTOS EN NEGOCIACIÓN					
Nombre del Proyecto	Fuente de Financiamiento	Monto de la Negociación	Año previsto de ejecución	Entidad Financiera	Observaciones
Reposición de la Red Hospitalaria en riesgo de colapso en: Mazatenango, Jutiapa y Cobán	52	\$193,200,000.00	2019 - 2023	Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE)	Algunos datos pueden ser susceptibles de cambios. El documento final del préstamo contará con todos los detalles.
Recuperación de las Capacidades Instaladas de la Red Hospitalaria en: Sololá y Chiquimula	52		2019 - 2023	Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE)	Algunos datos pueden ser susceptibles de cambios. El documento final del préstamo contará con todos los detalles.
Reposición de la Red de Servicios del Primer Nivel de Atención en las cinco de las siete áreas de salud priorizadas: Quiché, Alta Verapaz, Chiquimula, Totonicapán y Sololá.	52	\$100,000,000.00	2019 - 2023	Banco Mundial	Algunos datos pueden ser susceptibles de cambios. El documento final del préstamo contará con todos los detalles.
Recuperación de la Red de Servicios del Primer y Segundo Nivel de Atención, específicamente en Huehuetenango y San Marcos	52	\$100,000,000.00	2019 - 2023	Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	Algunos datos pueden ser susceptibles de cambios. El documento final del préstamo contará con todos los detalles.

7.4. Anexo 4: Modelo Conceptual: Cobertura Sanitaria Universal

En el marco de lo establecido en el Punto Resolutivo 03-2018 del Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural (Conadur), el MSPAS ha elaborado en el Modelo Conceptual de Cobertura Sanitaria Universal. Como se observa, los factores causales, directos e indirectos, están contemplado en el documento del PEI.

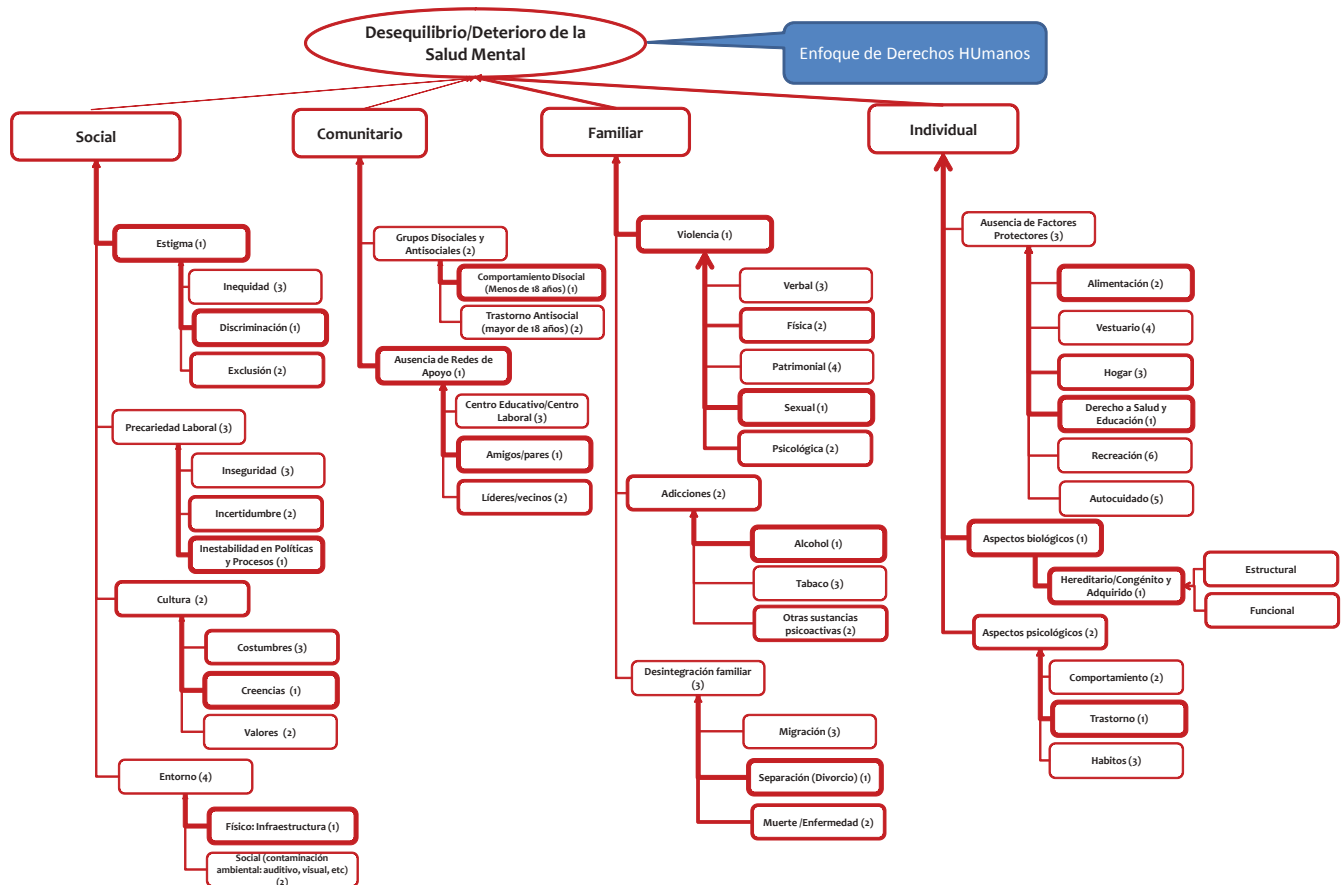
Figura 21
 Modelo Conceptual de Cobertura Sanitaria Universal



7.5. Modelo Conceptual: Salud Mental

En cumplimiento de los mandatos nacionales y compromisos internacionales, también se ha trabajado en el análisis de la problemática del deterioro de la salud mental de la población guatemalteca. A continuación se presenta el modelo conceptual, cuyo proceso de aplicación de la metodología GpR está en construcción.

Figura 22
 Modelo Conceptual de Salud Mental



Cuadro 29
Listado de participantes en el taller para revisión y validación del Plan Estratégico Institucional

Listado de profesionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otros invitados, quienes participaron en el taller para revisión y validación del Plan Estratégico Institucional.

Taller del Plan Estratégico Institucional

No.	NOMBRE	UBICACIÓN
1	Lic. Gustavo Arévalo	Viceministerio Administrativo o su delegado
2	Dr. Gustavo Batres	Viceministerio Técnico
3	Dr. Pablo Werner	Asesor Específico
4	Dr. Arnaldo Brínguez	Director del SIAS
5	Ing. Boris De León Motta	Director Unidad de Planificación Estratégica
6	Licda. Aracely Vásquez	Unidad de Planificación Estratégica Programación
7	Licda. Fulvia Carranza	Unidad de Planificación Estratégica Seguimiento y Evaluación
8	Dr. Rafael Carranza	Viceministerio Primer nivel
9	Dra. Verónica Castellanos	Unidad de Planificación Estratégica Planeación
10	Dr. Edgar Méndez	Unidad de Planificación Estratégica Planeación
11	Licda. Angélica Enamorado	Asesora UPE
12	Dr. Manuel Sagastume	Coordinador Departamento de Epidemiología
13	Dra. Waleska Zeceña	Directora General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
14	Licda. Rosa Gonzáles de Ramirez	Asesora de Despacho en Logística de Medicamentos
15	Dra. Sandra Chew	Coordinadora de PROSAN
16	Daniel Edelman	Sistema de Información Gerencial
17	Licda. Amalia Azurdia	Coordinadora Logística de Medicamentos
18	Lic. Ramón Fión	Gerente General Administrativo Financiero
19	Lic. Rommel Noguera	Jefe del Departamento Financiero
20	Lic. Fernando Pontaza	Recursos Humanos
21	Lic. Víctor Hugo Olazabal	Coordinador Departamento de Adquisición y Mantenimiento
22	Dr. Francisco Theinssen	Facilitador de Hospitales
23	Dr. Jorge Meneses	Supervisor de Hospitales
24	Lic. Carlos Sic	Jefe de Auditoría Interna
25	Licda. Lucrecia Torselli	Programa de Accesibilidad de Medicamentos
26	Licda. Anny Carolina González	Unidad de Planificación Estratégica
27	Dr. Carlos Paz	Area de Salud Chimaltenango
28	Dr. Oscar Alberto Cifuentes Barrientos	Area de Salud Guatemala Central
29	Licda. María Elena Alas Reyes	Area de Salud Chiquimula
30	Dr. Werner Estuardo Mejicanos Bethancourt	Hospital Nacional Pedrp de Bethancourt
31	Lic. Erick Essahu Castellanos Melgar	Departamento Jurídico
32	Dr. Marvin Giovanni Ortega Méndez	Hospital Regional de Occidente Quetzaltenango
33	Licda. Andrea Gaitan	Cooperación Internacional
34	Erick Delgado	Jefe de Contabilidad
35	Licda. Clara Aurora Garcia	Unidad de Planificación Estratégica
36	Dr. Eliú Mazariegos	Sistema de Atención Integral en Salud
37	Licda Ilcia Rebeca Garcia Morales	Programa VIH
38	Dra. Lorena Bobern	Departamento de Epidemiología
39	Dra. Sandra Moraga	Programas
40	Aracely de Gonzalez	Sistema e Atención Integral en Salud
41	Lucy Coyoy	Unidad de Planificación Estratégica
	INVITADOS ESPECIALES	
42	Lic. Juan Peneleu	Analista Segeplan
43	Dr. Sergio Penagos	OPS/OMS

