

1.2.4 Insuficiente asignación de recursos

Guatemala es uno de los países latinoamericanos que asigna menor cantidad de recursos al sector educativo. A pesar de los esfuerzos por aumentar el porcentaje el Producto Interno Bruto (PIB) que se dedica a la educación, tal como lo establecen los Acuerdos de Paz, éste se situó en el año 2002 en el 2.3 por ciento, y para el mes de julio de 2003 en el 1.5 por ciento.

De acuerdo a este último dato se estima que el porcentaje del gasto respecto al PIB se situará alrededor del 2.2 por ciento al final del año. A pesar de esta tendencia a la baja se realizan esfuerzos por aumentar este porcentaje para poder hacerle frente a los programas de ampliación de cobertura, mejoramiento de calidad y descentralización del sistema, de tal forma que éste responda a la diversidad cultural y étnica del país.

Cuadro No. 8
Gasto público en educación, ciencia y cultura por año,
y porcentaje respecto al PIB
2000 – 2003

Gasto	2000	2001	2002	2003*
Millones de quetzales	3,618.0	4,445.3	4,031.9	2,963.9
Porcentaje respecto al PIB	2.5	2.8	2.3	1.5

* Gasto ejecutado al mes de julio de 2003

Fuente: SEGEPLAN, con base en cifras oficiales.

1.2.5 Infraestructura educativa inapropiada

La construcción, ampliación y mantenimiento de escuelas debe enfocarse desde dos perspectivas: a) aumentar la capacidad física para atender a un mayor número de estudiantes y b) proveer las facilidades para un mejor desenvolvimiento de las actividades escolares. Se ha podido observar un déficit en infraestructura escolar y la existencia de escuelas que carecen de servicios básicos, como iluminación y agua potable.

En 1997 un estudio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), registró que en el nivel primario del sector oficial el 64 por ciento de los edificios tienen carencias en cuanto a instalaciones eléctricas y el 56 por ciento no cuenta con mobiliario adecuado y suficiente; además, el 49 por ciento de las escuelas cuentan con ambientes insuficientes para atender a la población estudiantil. De esa cuenta el reto que se perfila es no sólo es aumentar la infraestructura escolar sino velar por su calidad.

Asimismo, el problema de la infraestructura escolar se ha caracterizado por la falta de coordinación entre las diferentes instituciones que trabajan en la dotación, ampliación y mantenimiento de escuelas. Por ello, el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), tiene entre sus objetivos, evitar la duplicidad de esfuerzos, la construcción innecesaria de obras y la falta de continuidad de los proyectos de infraestructura.

1.3 Empleo y migración

1.3.1 Empleo

En la actualidad se reconoce que el principal problema del mercado laboral de Guatemala es el subempleo, dado que los datos del desempleo abierto no reflejan la situación real de la población económicamente activa (PEA). También es importante considerar el crecimiento desmedido de la economía informal, que tiene implicaciones no solo en lo económico sino también en lo social.

Con respecto al subempleo, debe tenerse presente que son dos sus manifestaciones: subempleo visible y subempleo invisible; el

primero conformado por "las personas... con empleo asalariado o empleo independiente, trabajando o con empleo pero sin trabajar, que durante el período de referencia trabajan involuntariamente menos de la duración normal de trabajo para la actividad correspondiente" (OIT, 1993: 234); el segundo, el subempleo invisible o por ingresos, que "se presenta cuando la persona, a pesar de trabajar una jornada normal, evidencia niveles de ingresos anormalmente bajos, desaprovechamiento de sus calificaciones profesionales o bien bajos índices de productividad. El Subempleo refleja una mala distribución de los recursos de mano de obra o un desequilibrio fundamental entre la mano de obra y los otros factores de producción" (Fernández, 1998: 10).

Vinculado al tema del subempleo se encuentra la proliferación de las actividades informales, caracterizadas generalmente por estar conformadas por "... las muy pequeñas unidades de producción y distribución de bienes y servicios, situadas en las zonas urbanas de los países en desarrollo; dichas unidades pertenecen casi siempre a productores independientes y trabajadores por cuenta propia que a veces emplean a miembros de la familia o a algunos asalariados o aprendices. Esas unidades disponen de muy poco o de ningún capital; utilizan técnicas rudimentarias y mano de obra escasamente calificada, por lo que su productividad es reducida; quienes trabajan en ellas suelen obtener ingresos muy bajos e irregulares, y su empleo es sumamente inestable. Las unidades antedichas forman un sector no estructurado porque casi nunca están declaradas ni figuran en las estadísticas oficiales; suelen tener poco o ningún acceso a los mercados organizados, a las instituciones de crédito, a los centros de enseñanza y de formación profesional, y a muchos servicios e instalaciones públicos; no están reconocidas, ni apoyadas, ni reglamentadas por el estado y, a menudo, las circunstancias las obligan a funcionar al margen de la ley, e incluso cuando están registradas y observan ciertas disposiciones jurídicas, quedan casi siempre excluidas de la protección social, de la legislación laboral y de otras medidas de protección de los

trabajadores" (OIT, <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/doc/otros/iv/ii/index.htm>). En Guatemala, con fines de medición estadística, se incluye dentro del sector informal a "todas las personas que en el período de referencia trabajaban en empresas con cinco o menos empleados (ENEI, 2003: 35).

Los datos de la encuesta nacional de empleo e ingresos (ENEI) de enero-marzo de 2003, muestran que la población ocupada y población que buscaba trabajo activamente de diez años y más de edad, es de 5.1 millones de personas, de las cuales el 16 por ciento son subempleados visibles; sólo el 3.4 por ciento están abiertamente desocupados y por la dificultad de medición no se cuenta con información del subempleo invisible, pero se estima que 70.4 por ciento de la PEA labora en el sector informal.

La agricultura sigue siendo la actividad económica que absorbe en mayor porcentaje a la PEA, y se mantiene la tendencia en los últimos años, caso contrario ha mostrado el comercio, alcanzando cada vez una proporción mayor.

Vinculado al problema de empleo están la ineficiencia de la economía y el rezago social que enfrenta el país, la agudización del problema estructural del mercado de trabajo, y la una insuficiencia del ingreso real de los trabajadores

Otras estadísticas de carácter socioeconómico ponen de manifiesto los efectos negativos que el crecimiento del subempleo y desempleo provocan en el país. El costo de la Canasta Básica de Alimentos (CBA), que de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (INE) promedió Q1,325.17 en enero-agosto de 2003, demuestra que gran parte de la población no alcanza a cubrir sus necesidades alimentarias, dado que perciben el salario mínimo de Q1,276.0 para actividades no agrícolas, y de Q1,207.0 para actividades agrícolas, que incluye en ambos casos incluye la bonificación de Q250, según decreto número 37-2001, muchos trabajadores no devengan ni

siquiera ese monto, ya que, o bien las empresas incumplen con ese pago mínimo, o sencillamente se encuentran cesantes.

Cuadro No. 9
Población económicamente activa (PEA)¹ por año, según rama de actividad económica

Rama de actividad económica	1999 ^{2/}		2000 ^{3/}		2001 ^{4/}		2002 ^{5/}	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	4,094,141	100.00	4,511,719	100.00	3,349,368	100.00	4,791,512	100.00
Agricultura	1,628,236	39.77	1,751,066	38.81	1,325,209	39.57	1,921,493	40.10
Explotación de minas y canteras	7,852	0.19	6,310	0.15	5,287	0.16	6,385	0.13
Industria	683,375	16.69	623,359	13.82	512,814	15.31	744,204	15.53
Electricidad	13,530	0.33	13,368	0.29	8,871	0.26	8,884	0.19
Construcción	216,098	5.28	256,117	5.68	169,985	5.08	207,721	4.34
Comercio	815,072	19.91	971,531	21.53	707,378	21.12	1,042,889	21.77
Transporte y comunicaciones	107,441	2.62	101,442	2.25	80,170	2.39	111,793	2.33
Banca finanzas	86,425	2.11	107,766	2.39	57,525	1.72	35,905	0.75
Administración pública	72,987	1.78	87,736	1.94	62,169	1.86	87,953	1.84
Enseñanza	120,277	2.94	123,360	2.73	103,380	3.09	169,882	3.55
Servicios	334,527	8.17	459,458	10.18	309,064	9.23	442,262	9.23
Organizaciones extraterritoriales	8,321	0.20	9,734	0.22	7,549	0.23	12,141	0.25

1/ La PEA incluye sólo a los ocupados.

2/ Información de la ENIGFAM 1998-1999

3/ Información ENCOVI 2000

4/ Este año no se realizó ninguna encuesta por lo que los datos son el promedio de 1999, 2000 y 2002

5/ Información ENEI, agosto 2002

Fuente: SEGEPLAN, con información de las bases de datos ENIGFAM 1998-1999, ENCOVI 2000 y ENEI agosto 2002.

El costo actual de la Canasta Básica Vital (CBV), que promedió en el citado año, según la misma fuente, Q2,418.18, determina que una gran cantidad de habitantes no puede cubrir el abanico de necesidades básicas familiares, debido a las mismas causas: bajos salarios, subempleo y desempleo.

La distribución de la población económicamente activa vinculada con la micro, pequeña y mediana empresa, según categoría ocupacional y por actividad económica muestra que en el caso de los cuenta propia, las actividades principales son la agricultura con el 36.7 por ciento, el comercio con el 33.5 por ciento y la industria con el 20.1 por ciento. Similar comportamiento muestran los patronos y los trabaja no remunerados, pero estos últimos tienen una mayor participación en las actividades agrícolas con el 68.1 por ciento.

Otra particularidad del mercado laboral es que la participación de la mujer se ha visto

limitada por el analfabetismo, bajo nivel de educación y capacitación, y por las responsabilidades del hogar, que no son compartidas con el hombre. La escasa protección legal a la mujer trabajadora implica dificultades para obtener trabajo; y, al ya estar laborando, se le discrimina de varias formas. Esta situación es más crítica para las mujeres indígenas pobres del área rural. Las categorías ocupacionales con una mayor participación femenina constituyen una prolongación de las actividades de orden doméstico. La presencia de la mujer en el sector informal de la economía es mucho mayor que la del hombre debido a que, frente a las necesidades económicas crecientes y a la falta de empleo en el sector formal, la mujer se ve forzada a crear su propio empleo y se va incorporando a este sector, donde el rendimiento y las condiciones de trabajo distan mucho de las de un empleo fijo asalariado.

Cuadro No. 10
Población Económicamente Activa (PEA) en la MPYME,
por categoría ocupacional, según rama de actividad económica

Rama de actividad económica	Cuenta Propia		Patronos		Familiares no remunerados	
	PEA	%	PEA	%	PEA	%
Total	1,297,070	100	131,343	100	650,051	100
Agricultura	476,979	36.77	35,499	27	442,731	68.1
Minería	998	0.08	-	-	835	0.1
Industria	260,083	20.05	36,258	27.6	64,234	9.9
Electricidad	686	0.05	825	0.6	-	-
Construcción	19,664	1.52	8,560	6.5	14,003	2.2
Comercio	434,082	33.47	37,592	28.6	113,648	17.5
Transporte y comunicaciones	19,918	1.54	5,329	4.1	4,760	0.7
Banca y finanzas	14,459	1.11	3,015	2.3	1,346	0.2
Administración pública	240	0.02	-	-	-	-
Enseñanza	4,693	0.36	730	0.6	343	0.1
Servicios	65,268	5.03	3,535	2.7	8,151	1.3

Fuente: SEGEPLAN, con información de la base de datos de la ENIGFAM 1998-1999, realizada en estos años.

1.3.2 Migraciones

El derecho de una persona a migrar, como el de permanecer en su país de origen en condiciones de dignidad y seguridad, es decir, a no migrar y gozar en su país de origen del derecho al desarrollo, constituyen componentes importantes de los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos. Los movimientos migratorios están asociados a las oportunidades económicas (oportunidades de ocupación) y de consumo (oferta de servicios como salud, educación, vivienda, entre otros), siendo atraídos los migrantes en gran medida por la influencia que ejerce el desarrollo de cada lugar. El volumen y la intensidad relativa del proceso migratorio varían de un lugar a otro, según sean las condiciones de vida de cada lugar.

Una de las causas de la migración del área rural al área urbana es la falta de descentralización de los servicios. Resultado de lo anterior es la situación de pobreza generalizada en las áreas rurales, así como los elevados índices de migración rural-urbana que han contribuido a crear una situación de crecimiento acelerado del área urbanizada de la ciudad de Guatemala. Este crecimiento se caracteriza por un alto

porcentaje de población ubicada en asentamientos precarios, en los que predomina el desempleo abierto, el subempleo y la falta de servicios básicos como transporte, vivienda, agua y saneamiento. La mayor presión demográfica contribuye, a su vez, a ejercer una presión en los servicios básicos, el transporte colectivo, la educación, la generación de nuevos empleos y el acceso a tierra urbanizada.

Los Acuerdos de Paz (Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, y Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas) contienen una serie de compromisos importantes que inciden en materia de migración y constituyen una fuente de insumos para establecer la PDSP en migración.

1.3.2.1 Migración interna

Las cifras censales manifiestan la elevada desigualdad en la distribución espacial de la población. El departamento de Guatemala, con apenas un dos por ciento del territorio nacional, concentraba al dieciséis por ciento de los habitantes en 1950, al veintidós por ciento en 1994 y al veintitrés por ciento en 2002. En este último año, los departamentos



con mayor número de habitantes, excluido el de Guatemala, son de Huehuetenango y Quiché, en el Noroccidente; San Marcos y Quetzaltenango, en el Suroccidente; y Alta Verapaz, en la región Norte (INE, 2002).

El departamento de Guatemala concentra la mayor parte de la estructura productiva del país y, por ende, ofrece las mayores oportunidades económicas y de consumo, en contraste con otras regiones geográficas, en las que predominan actividades agrícolas de corte tradicional que no cuentan con capacidad para garantizar condiciones estables de ocupación, así como mejores niveles de vida para sus habitantes. De allí que no es extraño que el grueso de los migrantes interdepartamentales (71.24%), tengan al departamento de Guatemala como destino preferente.

Las migraciones, cuando no son provocadas por causas de violencia interna, conflictos armados o desastres naturales, suelen ser el resultado de la pobreza, el desempleo y, en general, la falta de satisfacción de las necesidades básicas de la población que le permita vivir con dignidad. La implementación de la economía de mercado ha generado cambios sociales y políticos, y en las tendencias y dinámica de la población y de los flujos migratorios.

En Guatemala, ocurren anualmente migraciones temporales de importantes contingentes de población campesina, principalmente de la zona norte del occidente del país hacia la región sur. El propósito que la anima es la ocupación temporal en actividades agrícolas, especialmente en las cosechas de café, caña, banano y melón. La migración temporal de trabajadores agrícolas se realiza hacia dos ámbitos: el nacional en determinados departamentos o regiones del país, y el internacional, rumbo al sur de México.

Se estima que anualmente se movilizan temporalmente en el país de ochocientos mil a un millón de personas (mujeres, hombres, niñas y niños). Los principales departamentos de origen de esta población agrícola temporera son Quiché, Huehuetenango, Baja Verapaz, San Marcos

y Chiquimula; y los de destino son Escuintla, Suchitepéquez, Retalhuleu, Santa Rosa y Zacapa.

En el caso de la mujer migrante es importante agregar que también tiene una significativa participación en los índices de empleo agrícola, ya que en el altiplano se estima que el 52.0 por ciento de los trabajadores temporeros son hombres, el 17.0 por ciento mujeres (cónyuges), y el 29.6 por ciento hijos, hijas y otros parientes. La mayor participación de la mujer en el trabajo agrícola corresponde al cultivo de café, donde llega a representar el 25.0 por ciento de la fuerza laboral. Los trabajadores agrícolas internos contribuyen con su mano de obra en un 26.0 por ciento a la economía nacional (CPS, 1998).

Según un estudio reciente titulado migraciones agrícolas temporales elaborado por Gisela Gelert de Pinto "...la problemática de los trabajadores y trabajadoras agrícolas migrantes (.....) corresponde a un amplio sector de la población rural en Guatemala, en su gran mayoría indígena y en condiciones de extrema pobreza, que necesita una atención urgente, permanente y sostenida" (Gelert, 2003: 40).

La situación de los trabajadores agrícolas migrantes (TAM) se ha agravado a raíz de la "crisis del café", pero las medidas tomadas hasta ahora para paliar la crisis se centran en atender a los productores y no en la pérdida de empleo masivo en el sector, y en la reducción de los salarios y prestaciones, con consecuencias nefastas para las familias afectadas.

1.3.2.2 Migración internacional

La toma de conciencia sobre la importancia y problemática de la migración internacional, así como sobre la necesidad de emprender políticas globales y conjuntas de responsabilidad compartida para atenderla, comienza a darse en el país. Sin embargo, todavía no se ha diseñado programas de atención integral a esta problemática y para mejorar el conocimiento de su dinámica.

La migración hacia los Estados Unidos de América es predominante, y constituye una estrategia de subsistencia empleada crecientemente para lograr condiciones de vida más dignas que las del lugar de origen. Esta forma de migración, especialmente la de indocumentados, aumentó en forma explosiva durante la década de 1990 y así continúa, a pesar de las expectativas creadas por los Acuerdos de Paz (SNU de Guatemala, 2000).

Sobre la emigración a los Estados Unidos de América, la Organización Mundial para las Migraciones (OIM) realizó un estudio que reafirma la importancia de las migraciones internacionales de guatemaltecos. Dicho estudio indica "La población guatemalteca que tomó la decisión de emigrar al extranjero, desde un poco antes de la década de los 60, es del orden de 1,237,162 personas. Esta población reside principalmente en Los Estados Unidos (94.8 por ciento), la ciudad que absorbe más guatemaltecos es Los Angeles CA, con el 32.3 por ciento, siguiendo New York NY, con el 10.2 por ciento, Miami FL, con el 7.8 por ciento, Washington D.C, con 5.4 por ciento, Houston TX, 3.9 por ciento, Chicago IL, con el 2.6 por ciento y Norfolk VA, con 2.5 por ciento. Esta información tiene similar comportamiento con los resultados del censo del año 2000 de Los Estados Unidos y con los datos del estudio sobre Uso Productivo de las Remesas Caso Guatemala, realizado por CEPAL" (OIM, 2003)

Merece mención especial el hecho que la emigración a los Estados Unidos de América haya creado algunas relaciones estrechas, como redes sociales, entre los emigrantes y sus comunidades de origen. En los últimos años, la emigración de indígenas hacia Estados Unidos de Norteamérica ha aumentado, especialmente del altiplano occidental.

Existe una importante relación entre migración internacional y desarrollo, notoria a través de las remesas que hacen los trabajadores migrantes a sus familias y comunidades en Guatemala, que constituyen las remesas familiares y comunitarias. El envío de remesas se ha convertido en un

importante flujo monetario con efectos en el gasto y en la expansión de algunos mercados: de consumo en general, de divisas, de tierra, de construcción, de bienes y servicios, y de trabajo. El volumen de las remesas se elevó de 1,179 miles de quetzales en el año 2001 a 1,217 miles de quetzales en el 2002 (OIM, 2003: 49).

El Gobierno de Guatemala no cuenta con un sistema computarizado para el registro y control de la migración laboral, y el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB) carece de un documento de identificación de los trabajadores migrantes, así como de información sistematizada sobre las condiciones laborales y económicas de los trabajadores. Según datos del Instituto Nacional de Migración de México, se estima que cien mil trabajadores guatemaltecos documentados van a trabajar a las fincas mexicanas cada año. También se considera que el 80.0 por ciento de las trabajadoras domésticas menores de edad e indocumentadas que trabajan en Tapachula, Chiapas, son guatemaltecas.

La problemática migratoria que Guatemala enfrenta no puede ser tratada únicamente a partir de lo binacional o a partir de lo fronterizo. Por ser la última frontera con el espacio económico del TLCN, la frontera Guatemala/ México sufre la mayor presión migratoria irregular de toda el área de Centroamérica. El incremento vertiginoso y exponencial de los guatemaltecos y centroamericanos deportados desde México a territorio guatemalteco sobrepasa ampliamente las capacidades institucionales de atención a los migrantes.

1.4 Riesgo a desastres

Todo el territorio guatemalteco está sujeto a numerosas amenazas, debido principalmente a su ubicación en la confluencia de tres placas tectónicas: Pacífico, del Coco y del Caribe, con numerosas fallas geológicas.

Las distintas temporadas lluviosas y secas bajo a influencia de dos océanos, el efecto intermitente de El Niño, combinado con la morfología de pendientes altas, numerosas

cuencas hidrográficas y extensas planicies ofrecen condiciones para que las inundaciones, deslizamientos y sequías sean acontecimientos regulares.

El país está sujeto a la amenaza de huracanes y depresiones tropicales que, año tras año, se generan durante los meses de julio a noviembre. Además, las rápidas transformaciones de los ecosistemas, han acelerado los procesos de erosión, pérdida de nutrientes, evapotranspiración y sedimentación fluvial, con notorios impactos en términos de incidencia creciente de algunas amenazas.

Estudios realizados (ASDI-UNICEF-INFOM-UNEPAR, 2001) han establecido que el riesgo a desastres se manifiesta en todo el país, pero en forma más evidente en los asentamientos humanos precarios, en especial en el Área Metropolitana⁴ donde los habitantes están expuestos a consecuencias graves debido a la alta densidad de población, crecimiento demográfico acelerado, escasa planificación, concentración de las actividades productivas, severa limitación de recursos y ausencia de preparación y protección social para evitar, mitigar y afrontar los desastres.

En Guatemala se habían privilegiado las políticas de atención a la emergencia y de asistencia a la población en caso de desastre, las cuales fueron conducidas institucionalmente desde 1969 por el Comité Nacional de Emergencia (CONE), adscrito al Ministerio de la Defensa Nacional hasta el año 1996. Es precisamente en el 1996, cuando por medio del Decreto número 109-96 del Congreso de la República se crea la Coordinadora Nacional para la Reducción de Desastres (CONRED), y la subsiguiente emisión del reglamento de dicha ley (Acuerdo Gubernativo 443-2000). Además, en octubre del 2001 es aprobada la Ley de Desarrollo Social (Decreto número 42-2001) que incluye cinco componentes, uno de ellos relacionado con el riesgo a desastres.

Desde 1996 a la fecha, la CONRED ha continuado el proceso de establecerse como la institución responsable de coordinar los esfuerzos nacionales para reducción de riesgos. De hecho, cada día la convocatoria emanada del mandato legal de coordinación ha permitido que se conduzcan, junto con una serie de actores de distintas instituciones, diversas actividades en las etapas del ciclo de los desastres (preparación, mitigación, respuesta y recuperación). La idea fundamental es reflejar, en un manejo integrado de este mismo ciclo, una sensibilización de gestión para hacer eficiente el trabajo en la reducción del riesgo.

Las amenazas naturales tradicionales (erupciones volcánicas, sismos, lluvias torrenciales e incendios forestales), se han manifestado en mayor o menor intensidad durante el 2003. En enero se decretó alerta amarilla institucional por incremento de la actividad volcánica en comunidades aledañas a Chimaltenango, Escuintla y Sacatepéquez. En junio el Volcán de Fuego, presentó retumbos fuertes y constantes, lanzamiento de ceniza gruesa y abundante, amenazando la comunidad Sangre de Cristo, ubicada en el municipio San Pedro Yepocapa del departamento de Chimaltenango.

El efecto de lluvias torrenciales en determinadas zonas del país se ha hecho sentir en desbordamiento de ríos, inundaciones y deslizamientos provocados por las mismas lluvias. Resaltan notablemente los efectos en el caserío El Chin, ubicado en el municipio de San Pedro Sacatepéquez del departamento de San Marcos, en donde un alud dejó soterradas a veintiún viviendas y veintidós personas (23 de abril); en la aldea El Tular ubicada en el municipio de Ocós del departamento de San Marcos una inundación dejó veinticinco ranchos afectados y cincuenta familias fueron evacuadas, se estimaron las pérdidas económicas en aproximadamente un millón de quetzales (11 de junio); y en el asenta-

⁴ Definida por la ciudad de Guatemala y otros seis municipios del departamento de Guatemala.

miento Los Muros, Colonia Santa Faz del municipio de Chinautla ocurrió un deslizamiento en donde cinco viviendas fueron destruidas y 84 personas fueron evacuadas (27 de junio).

Como resultado de las lluvias ocasionadas el 29 de junio se incrementó en pocos minutos el caudal del río Naranjito/Salayá socavando las bases del puente El Caminero del municipio de Mixco, afectando 62 viviendas, tres vehículos y ocasionando la muerte a tres personas; en las colonias Venecia I y II del municipio de Villa Nueva se presentó un hundimiento como consecuencia del desbordamiento del río Platanitos, en donde el 85 por ciento de las personas afectadas evacuaron sus viviendas; en la colonia Santa Inés Petapa del municipio de San Miguel Petapa ochenta viviendas fueron afectadas y una vivienda fue destruida.

Finalmente, un total de 178 personas damnificadas, once viviendas totalmente destruidas y catorce viviendas en riesgo, es el saldo de los estragos ocasionados por las lluvias el 23 de septiembre en algunos asentamientos de la zona 7 de la ciudad capital.

La amenaza sísmica por su parte, continúa latente, aunque durante el 2003 Guatemala sólo fue afectada por temblores sensibles, pero sin repercusiones.

Es menester mencionar una amenaza que poco a poco va tomando más relevancia: el cambio climático. La conjunción de una reducción en la disponibilidad de lluvia, junto con una notable disminución en la disponibilidad de caudales superficiales y subterráneos de agua, se ve reflejada en una situación de sequía estructural o agrícola. Como resultado, los efectos inducidos por estos procesos de variabilidad climática inciden en numerosos aspectos de la vida económica y social del país. Estos efectos se hacen sentir en la agricultura, la industria, la escasa disponibilidad de agua, el brote de enfermedades, el comercio, el turismo, la fauna salvaje, los incendios forestales y de matorrales, los recursos energéticos, entre otros, y se convierte en un problema de incidencia general y multisectorial.

1.5 Comunicación social

La comunicación social es un aspecto que ha sido relegado continuamente a la difusión de logros y ejecución de obra pública. La ausencia de una política de comunicación social que obedeciera a las necesidades de información de la población era en los últimos años una deficiencia en cuanto al fortalecimiento de la relación gobierno y sociedad. El papel de los medios de comunicación, privados y nacionales en la construcción democrática del desarrollo, implica el aprovechamiento ético de los medios de comunicación masivos y el uso de las nuevas tecnología de comunicación, como el Internet y correo electrónico. No obstante, esta situación ha dado un giro importante en los últimos dos años, cuando las políticas públicas de difusión de información debieron obedecer a un criterio particular: el desarrollo integral de la persona y su entorno.

Con la vigencia de la Ley de Desarrollo Social (Decreto número 42-2001), la comunicación para el desarrollo social de la población puede ubicarse como una acción sistemática, que involucre a la Secretaría de Comunicación Social de la Presidencia y sus ejes de comunicación y vincule al sector privado de las comunicaciones, para medir el nivel de logro de cumplimiento de los ejes de la PDSIP, pero que al mismo tiempo facilite la conversión de objetivos en una cultura nacional de desarrollo social de toda la población.

En lo referente a la política sectorial de comunicación social los objetivos generales de la PDSIP son: 1) difundir sistemáticamente los temas contenidos en la Ley de Desarrollo Social y 2) promover el cambio de actitudes de la población mediante la difusión de la autoestima y los valores de respeto a la dignidad humana, con un enfoque de género y multiculturalidad, facilitando el uso de los medios de comunicación estatales, masivos y alternativos.

Fue así como, en cumplimiento de la Ley de Desarrollo Social (Decreto número 42-2001) durante el año 2002 distintas instituciones

iniciaron esfuerzos, para dar cumplimiento a dicha Ley, en aspectos de comunicación social es un eje transversal contenido en los cinco sectores de la PDSP; se lograron avances sustanciales en la difusión de temas como: salud reproductiva; VIH/SIDA; multiculturalidad; riesgo a desastres; desarrollo social; mejoramiento de la calidad de vida; y población, entre otros.

2. Logros en el año 2003

Como parte de los compromisos adquiridos por el Estado de Guatemala en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, en donde Guatemala conjuntamente con otros 189 países, firmo el documento en el cual se compromete a cumplir con el programa de Acción aprobado en dicha ocasión, el Secretario General de la Comisión Especial en Población y Desarrollo invito al gobierno de la República de Guatemala a participar en la novena encuesta entre los gobiernos sobre la población y el desarrollo. Anterior mente han habido ocho encuestas entre los gobiernos sobre percepciones y políticas respecto a la población. El objetivo de esta encuesta es ayudar a los gobiernos a vigilar las políticas nacionales de población y contribuir al examen y la evaluación quinquenales del programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que la Secretaria de las Naciones Unidas realizará en 2004.

SEGEPLAN, conjuntamente con la MSPAS, convoco a reuniones de trabajo con el objeto de responder la encuesta de acuerdo a los ejes temáticos presentes dentro de la misma a través de los profesionales de los distintos ministerios e instituciones responsables de la PDSP. En esta oportunidad, también se contó con la participación de ONG's que trabajan el tema como muestra de los mecanismos que en forma participativa e incluyente utiliza SEGEPLAN para tratar temas de interés de la población.

2.1 Salud

De acuerdo con el artículo 25 de la Ley de Desarrollo Social (Decreto número 42-2001), la salud reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable. De esa cuenta, la PDSP plantea los siguientes objetivos

Objetivos de desarrollo social y población en materia de salud

- Reducir en un 15.0% la mortalidad materna y en un 10.0% la mortalidad infantil, en el mediano plazo.
- Reducir en un 20.0% las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en el largo plazo.

Para el cumplimiento de los objetivos se cuenta con dos instrumentos de política: el programa nacional de salud reproductiva y el programa nacional de prevención del VIH/SIDA. En función de ellos, se plantea lo realizado en el 2003.

2.1.1 Programa nacional de salud reproductiva (PNSR)

En el marco de la PDSP, se plantean para el PNRIS cinco objetivos específicos, todos ellos dirigidos a mejorar la salud reproductiva de la población guatemalteca en los diferentes niveles de atención de la red pública de salud. La ejecución financiera del Programa Nacional de Salud Reproductiva permite establecer que la inversión en este campo ascendió a Q.26.2 millones en el año 2003. Esta inversión contó con el apoyo del UNFPA, PNUD y USAID. Los logros del programa, por objetivos, se presentan a continuación:

2.1.1.1 Fortalecer el acceso a los servicios de salud reproductiva

El total de áreas de salud cuenta con cobertura en planificación familiar y con abastecimiento de métodos anticonceptivos en el ochenta por ciento de las áreas de salud. Lo anterior permitió brindar servicios de planificación familiar a 213,319 nuevas usuarias (incluyó la consejería y suministro de método para espaciar embarazos) y proporcionar un promedio de 266,256 métodos anticonceptivos para protección de la pareja durante un año (APPs). Esto incidió en que el 43 por ciento de mujeres en edad fértil (15-49 años) se encuentren satisfechas en el uso de métodos de planificación familiar. No obstante esta oferta, aún existen necesidades insatisfechas, de métodos naturales y/o artificiales (temporales o definitivos).

Se socializaron e implementaron los manuales: logística de anticonceptivos y manual de normas y procedimientos de logística de productos farmacéuticos y afines, y se capacitó al personal de las veintiséis áreas de salud, en el uso y manejo del módulo de logística de medicamentos y anticonceptivos. Se elaboró la propuesta de acuerdo gubernativo para la creación de la comisión nacional de aseguramiento de anticonceptivos, que está en proceso de aprobación.

En el fortalecimiento de las unidades de salud para resolución de emergencias obstétricas, se implementó el proceso de mejoría del desempeño y la calidad en atención materno neonatal esencial, en 315 de servicios (25.2%) de trece áreas de salud priorizadas en el país (Quetzaltenango, San Marcos, Sololá, Chimaltenango, Quiché, Ixil, Suchitepéquez, Retalhuleu, Alta Verapaz, Zacapa, Izabal, Sacatepéquez y Huehuetenango). Asimismo, se evaluaron los servicios de salud (hospitales, centros de salud Tipo A y B y puestos de salud) para identificar la capacidad institucional en la atención del embarazo parto y post parto (AMNE), habiéndose establecido que diez de los servicios de salud fueron acreditados de acuerdo al modelo de mejoría de la calidad del desempeño.

Para la atención de las necesidades del adulto y adulto mayor, relacionadas con los procesos biológicos de la sexualidad, se elaboraron, validaron y socializaron las normas y protocolos para Atención a climaterio y menopausia y en el Hospital General de Gineco-obstetricia del IGSS se incorporó el programa de salud sexual y reproductiva masculina (IEC, ITS y PF). Asimismo, se elaboraron las normas y protocolos de atención para infertilidad y esterilidad en hombres y mujeres.

Para brindar atención diferenciada a los y las adolescentes, se creó el programa de salud integral a la niñez y adolescencia (SINA) por Acuerdo Ministerial SP-M-2089-2003, de fecha 21 de agosto del 2003, que institucionaliza la política "Salud para la Adolescencia y la Juventud" y se conformó la comisión multisectorial que coordina este programa para desarrollar acciones conjuntas (gubernamentales y no gubernamentales). Además, se elaboró y aplicó el respectivo manual de normas, el cual promueve la atención integral y diferenciada para esta población en todos los niveles de atención de los servicios de salud, creándose espacios amigables para este tipo de atención en cinco servicios de salud, con el enfoque de género e Interculturalidad: San Andrés y Canillá (Quiché), San Juan Ixcay y San Miguel (Huehuetenango) y en la Unión (Zacapa). En estas comunidades se logró involucrar a las autoridades locales en donde se implementaron espacios de participación para población adolescente, permitiendo sensibilizarlos en aspectos de salud reproductiva. Además, se cuenta con clínicas especializadas en el Hospital San Juan de Dios (de referencia nacional) y del IGSS, atendidas por especialistas.

Se realizaron y socializaron las salas situacionales de salud de la población adolescente en trece municipios, con participación de personal de salud y líderes juveniles (Quiché, Huehuetenango y Zacapa), y se sensibilizó y capacitó al todo el personal encargado de la promoción en veinticinco áreas de salud, en el abordaje en la atención de adolescentes, haciendo énfasis en acciones de salud reproductiva.

Por otra parte, 10,604 vigilantes de salud (equivalente al 86% del total) y 672 facilitadores comunitarios (equivalente al 75% del total) fueron capacitados en la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia y en la Atención Integral a Niños y Mujeres en la Comunidad (AIEPI-AINM-C) que se implementa en ocho áreas prioritarias (Quetzaltenango, San Marcos, Huehuetenango, Sololá, Chimaltenango, Quiché, Ixil, y Totonicapán). Este tema comprende además el plan de emergencia familiar y comunitario.

Para el fortalecimiento de la red nacional de paternidad y maternidad responsable (RPYMR), se emitió el Acuerdo Ministerial SP-M-2130- 2003, de 2 de septiembre e 2003, el que sustenta la creación de esta red como un componente del programa nacional de salud reproductiva (PNSR). Esta red cuenta con un grupo articulador integrado por veinticinco instituciones (OGs, ONGs nacionales e internacionales y las iglesias Católica y Evangélica) las cuales se organizan en cinco comisiones: comisión de investigación, monitoreo y evaluación; comisión de formación y desarrollo del recurso humano; comisión de asesoría jurídica; comisión de promoción e información educación y comunicación (IEC); y la comisión ejecutiva. Estas comisiones son responsables de implementar el plan estratégico de paternidad y maternidad responsable, que fue consensuado y socializado, e incluye los lineamientos globales para que puedan ser adoptados y adaptados a las necesidades, características y circunstancias locales.

Con el auspicio de la comisión de investigación, monitoreo y evaluación se elaboró el perfil de proyecto: "Investigación sobre la situación de la paternidad y maternidad responsable en Guatemala", que se espera ejecutar sobre la base de una muestra de los veintidós departamentos de la República mediante una metodología participativa. Para ello, se realizaron gestiones ante SEGEPLAN (SNIP, Dirección de Cooperación Internacional y SINAFIP) a fin de implementarlo; sus resultados servirán

de base para la toma de decisiones a ser consideradas en la elaboración de un plan de incidencia multisectorial

La comisión de formación y desarrollo del recurso humano, elaboró un proyecto de capacitación, dando origen a la creación de un módulo de capacitación en paternidad y maternidad responsable (PyMR), el cual pretende sensibilizar, capacitar y concientizar en el tema, además de propiciar la formación de redes departamentales y locales.

Significativos avances se lograron dentro del proceso de elaboración del marco legal y político de la PyMR en Guatemala, bajo la responsabilidad de la Comisión de Asesoría Jurídica. De veinte instrumentos seleccionados, dieciocho han sido analizados y depurados

Las comisiones de monitoreo y evaluación y la de promoción e información, educación y comunicación (IEC) elaboraron propuestas de proyectos sobre el tema y, con la finalidad de fortalecer la Red y sus comisiones, se estima conveniente continuar realizando acciones de evaluación y gestión.

Dentro del fortalecimiento de la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer cérvico-uterino de mama y próstata, se elaboró y aprobó el "Plan de prevención y manejo de cáncer cérvico-uterino" y se conformó el grupo técnico asesor multisectorial para darle seguimiento; este plan fue presentado a las veintiséis áreas de salud. Además, se elaboraron las normas y protocolos para la detección y atención de cáncer de mama. También se prestan servicios públicos a nivel nacional en esta especialidad por parte del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), MSPAS y el IGSS.

El sistema de salud cuenta con instrumentos actualizados de referencia y respuesta, para atención de pacientes con complicaciones y/o emergencias obstétricas, el cuidado de los niños y niñas y el acompañamiento al hospital por miembros de la familia o comadrona. Además, en respuesta a la integración de una red en la materia, se integró y estableció la coordinación del grupo

técnico interinstitucional de información, educación y comunicación (GTI/IEC) que agrupa a las organizaciones que trabajan el tema de salud reproductiva en el país. Este grupo técnico funciona como ente de consulta para validación técnica de materiales y de políticas de información, educación y comunicación a nivel nacional en el tema de salud reproductiva. También se elaboró, socializó y se está implementando el plan de emergencia familiar y comunitario, en las áreas de salud, con excepción del Área de Guatemala.

En el manejo estandarizado para la atención materna y perinatal se crearon, validaron y socializaron las normas y protocolos (normas, guías, protocolos, libros de registro de nacimientos, partograma, módulos de logística, plan estratégico de paternidad y maternidad responsable y guías de planificación familiar, entre otros) y se implementó el Paquete Básico de Salud Reproductiva en todas las áreas de salud. Este paquete se monitoreó y evaluó en las áreas de salud, para establecer su grado de cumplimiento en todos sus componentes, incluyendo planificación familiar y la atención perinatal y, se confirmó que en efecto se socializó e implementó en las áreas de salud, ofreciendo acompañamiento técnico para su ejecución.

Se aseguraron suministros, insumos médicos y equipo necesarios para la atención de la salud reproductiva, incluyendo planificación familiar y la atención perinatal por medio de la entrega, distribución y dotación de: equipos para atención del parto (279), al cien por ciento de las áreas de salud; equipos de cesárea (45) distribuidos a todos los hospitales de la red de servicios del MSPAS; asimismo, a los hospitales se les dotó de equipo para anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). El noventa por ciento de servicios de salud de los tres niveles de atención de la red nacional del MSPAS, cuenta con equipo para inserción de dispositivo intra-uterino (DIU). Además, se proporcionó a las áreas de salud equipo de computo (36 equipos) para apoyar el sistema de informática y logística de anticonceptivos.

Para involucrar y coordinar la participación de las ONGs en la extensión de cobertura de servicios y hacerlos llegar a las comunidades en donde no tiene presencia el MSPAS, se fortaleció la coordinación interinstitucional en contribución a los procesos de extensión de cobertura lográndose así mejorar y ampliar las coberturas, especialmente en el primer nivel de atención, con participación de las autoridades locales. Además, en ocho áreas seleccionadas para fortalecer los procesos de salud reproductiva (Quetzaltenango, San Marcos Huehuetenango, Sololá, Chimaltenango, Quiché, Ixil, y Totonicapán) se brindó apoyo técnico y financiero a 58 ONGs que están bajo convenio con el MSPAS, dentro del proceso de extensión de cobertura, especialmente en apoyo a la estrategia de AIEPI- AINM-C, a nivel local.

Se fortaleció la coordinación interinstitucional y multisectorial para la implementación de acciones de información, vigilancia, promoción, educación y de salud reproductiva, en este aspecto se ha consolidado: el GTI/IEC para salud reproductiva; grupos interinstitucionales específicos para cada componente de salud reproductiva como la red nacional de PyMR; GTI de monitoreo de salud materno neonatal; el GTI para la prevención del cáncer cérvico-uterino; y, la comisión nacional de aseguramiento de anticonceptivos, en proceso de aprobación por medio de Acuerdo Gubernativo.

En relación al componente de salud reproductiva dentro del plan o estrategia de respuesta a desastres, se elaboró un plan de emergencia familiar y comunitario, con énfasis a problemas obstétrico y se estableció coordinación con el departamento de monitoreo de medicamentos, con el apoyo logístico para velar por la adecuada existencia de máximos y mínimos en métodos anticonceptivos y productos farmacéuticos; entre ellos los destinados a atención del daño nutricional severo, en casos de emergencia, especialmente para niñez, y mujeres en estado de embarazo y lactancia y otros considerados en planes de contingencia.



2.1.1.2 Mejorar la información en cuanto a salud reproductiva

Se socializaron los resultados de la Línea Basal de Mortalidad Materna (LBMM año 2000); además se formularon los lineamientos estratégicos para contribuir a reducir la mortalidad materna. La LBMM da a conocer que la razón de mortalidad materna es de 153 muertes por cien mil nacidos vivos (153 por 100 mil NV). Esta investigación permitió al MSPAS institucionalizar instrumentos como parte de una adecuada metodología validada y funcional, lo cual permite al sistema de información gerencial de salud (SIGSA) contar con instrumentos para registrar y actualizar la información en este campo y de la salud en general, los que están siendo utilizados por las áreas de salud y los diferentes programas, para la toma de decisiones técnicas y de política en salud.

Se socializó la ENSMI 2002 la cual refleja que la mortalidad infantil ha disminuido. Por su parte las coberturas de planificación familiar y la atención del parto por personal calificado, lactancia materna e inmunizaciones han aumentado.

Dentro del componente de PyMR, se elaboró un proyecto de investigación sobre causas y efectos de la paternidad y maternidad responsable en las veintidós cabeceras departamentales del país y se hizo investigación documental sobre el marco legal y político.

Se adquirieron compromisos a nivel central y de áreas para la realización sistemática de salas situacionales en las áreas de salud (investigación-diagnóstica integral), en aspectos de salud reproductiva.

Actualmente se realiza la investigación sobre la atención post aborto (APPA) con la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) que incluye consejería y facilitar acceso a metodología anticonceptiva, bajo procesos de sensibilización y concientización.

Dentro del contexto de la capacitación y supervisión del personal responsable de recopilar información, para optimizar el uso

de los instrumentos de información y de registro de tal forma que sean útiles para la toma de decisiones, tomando en cuenta los desagregados por sexo, etnia, grupo étnico y ubicación geográfica, se ha logrado lo siguiente:

Se han conformado, con personal del PNSR y SIGSA/MSPAS y vigilancia epidemiológica del nivel central, equipos de salud en apoyo de las áreas de salud para establecer salas situacionales, que permiten la toma de decisiones para implementar estrategias encaminadas a mejorar la salud reproductiva en su área de influencia. Además, epidemiólogos de las áreas de salud han sido capacitados en metodologías de investigación en salud reproductiva, a nivel nacional.

Se elaboraron los instrumentos de monitoreo para las estrategias de IEC, incluida la consejería a usuarias, el uso adecuado de materiales y la difusión de mensajes de salud reproductiva por medios masivos de comunicación y medios alternativos. Asimismo, se capacitó en monitoreo y supervisión facilitante a responsables de IEC en las áreas de salud (100% de áreas).

2.1.1.3 Aumentar el personal calificado en salud reproductiva

Se ha logrado calificar al personal de servicios de salud desde el ámbito nacional hasta el comunitario, para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para la prevención de los embarazos de alto riesgo, la salud reproductiva y las intervenciones básicas de la salud infantil, incluyendo una adecuada perspectiva de género e Interculturalidad, mediante la implementación de procesos de capacitación para prestadores de servicios de salud, enfocando la salud reproductiva en forma integral por medio de capacitaciones a nivel nacional así:

- a) en el marco del modelo de consejería balanceada en planificación familiar, se formaron como capacitadores en atención materna neonatal esencial a quince tutores del MSPAS y a quinientos prestadores de servicios de salud.

Personas de la comunidad (3,390) fueron capacitadas para la identificación de signos y señales de peligro obstétrico.

- b) la estrategia de AIEPI AINM-C cuenta con dos componentes: manejo integrado de casos y promoción y prevención. En cada uno de ellos se capacitó al personal del equipo básico de salud (dentro de extensión de cobertura) y a equipos capacitadores de las áreas de salud, entre ellos: 132 (100%) equipos capacitadores; 159 (96%) médicos ambulatorios; y 672 (75%) facilitadores comunitarios. El personal antes mencionado se capacitó en temas de niñez, mujer y planificación familiar, así como en temas de participación comunitaria, todo con enfoque de género y multiétnico. Se capacitó también, a 10,604 vigilantes de salud (86%) en el componente de promoción y prevención.
- c) se proporcionó capacitación permanente en IEC, al total de trabajadoras sociales responsables de IEC; en promoción, consejería balanceada, uso de materiales de IEC y formulación de planes de comunicación.
- d) en la adecuación y actualización de los contenidos curriculares dirigidos a la formación en salud del recurso humano para que incorporen el enfoque de salud reproductiva y género, se coordinó con las escuelas de enfermería públicas, para incorporar en la currícula el componente de atención materno neonatal esencial (AMNE). Además, se participó en la revisión de la propuesta de transformación curricular del MINEDUC, específicamente con la Dirección de Transformación Curricular y el proyecto de educación en población del sistema nacional de mejoramiento y adecuación de los recursos humanos y curricular (SIMAC), para que incorporen temas y contenidos de educación sexual, salud reproductiva, paternidad y maternidad responsable, con enfoque de género
- e) sobre la implementación de sistemas de monitoreo y fiscalización social para el

mejoramiento del servicio y la satisfacción del usuario con criterios de calidad y calidez, organizaciones de mujeres y sociedad civil han realizado vigilancia en cuanto a la calidad y cobertura de los servicios de salud reproductiva, dirigidas a la población. El PNSR ha apoyado brindando la información requerida.

2.1.1.4 Informar y educar a la población en el tema de salud reproductiva

Para informar a las y los adolescentes de los riesgos de las relaciones sexuales inseguras, se elaboraron materiales de información, educación y comunicación, que incluyen temas de salud integral, haciendo énfasis en salud reproductiva para adolescentes y jóvenes, dentro de ellos: desarrollo de las y los adolescentes; desarrollo físico, mental y emocional; cómo ser mejores padres; salud reproductiva en adolescentes; proyecto de vida; módulos para capacitación de las y los líderes juveniles para prevención de ITS/VIH/SIDA; afiches con mensajes para prevención de embarazo y para fomentar la paternidad y maternidad responsable; involucramiento del hombre en la prevención de ITS/VIH/SIDA y embarazos en adolescentes. Los programas de salud integral para la niñez y la adolescencia (SINA) y el PNSR, establecieron coordinación para incluir la temática de paternidad y maternidad responsable, contribuyendo con ello a la información y educación para la prevención de relaciones sexuales inseguras y embarazos en adolescentes.

En el tema de la sensibilización sobre el riesgo de embarazos tempranos y tardíos, muy seguidos y en múltiparas por los riesgos que implican, fueron elaboradas y distribuidas en todas las áreas de salud cuñas radiales, evidenciando los riesgos de los embarazos tempranos y tardíos, así como la importancia del espacio inter genésico. Estos temas también se abordan en los materiales escritos existentes: trifolios de cada método de planificación familiar, algo folio de planificación familiar y rota folio de planificación familiar.



Además como parte de la atención integral y diferenciada, se ejecuta el proyecto de salud reproductiva para adolescentes, especialmente en las áreas de Quiché, Huehuetenango y Zacapa.

Con el propósito de sensibilizar y concienciar al hombre para que participe activamente en el cuidado de la salud reproductiva, incluyendo la práctica de planificación familiar y el ejercicio de una paternidad responsable, se involucró la participación del hombre dentro de las normas y lineamientos de paternidad y maternidad responsable, las cuales fueron elaboradas, validadas y socializadas, como parte del paquete básico de salud reproductiva a nivel nacional.

Se elaboraron cuñas radiales, motivando la participación del hombre en salud reproductiva y para el año próximo se tiene contemplada la elaboración de una estrategia específica para abordar de forma más directa este tema. Estas se difunden a nivel nacional, a través de circuitos cerrados de mercados, otros centros comerciales, instituciones afines, servicios de salud y radios locales que las trabajadoras sociales, como responsables de la promoción, gestionan y movilizan en sus áreas de influencia. Se elaboró un rotafolio calendario para uso de las comadronas en la atención de embarazo, parto y post parto, en la cual se involucra la participación del hombre, con aplicación para Chimaltenango.

Se proporcionó información veraz, objetiva y ética en todo lo relativo a la planificación familiar a personas y parejas que lo requirieron; para ello se implementó el modelo de "consejería balanceada" a nivel nacional, respetando la idiosincrasia y contexto socio-cultural, además de fomentar la libre decisión responsable, como parte de los derechos sexuales y reproductivos.

Para apoyar las acciones de IEC se elaboraron de materiales específicos, que ofrecen a las y los usuarios:

- cuadrifoliar de todos los métodos
- trifoliar de cada método (diez diferentes)

afiche ACCEDA (al momento de la consejería atiende a las personas con amabilidad y respeto, converse con la persona, comunique las opciones y acciones, encamine a tomar la decisión, describa o demuestre lo que la persona debe hacer, acuerde otra visita)

- afiche de todos los métodos de Planificación Familiar (PF)
- hojas de Atención Quirúrgica Voluntaria Masculino (AQVM)
- hojas de Atención Quirúrgica Voluntaria Femenino (AQVF)
- totafolio de PF
- algoritmo

Estos materiales han sido distribuidos a nivel nacional, logrando coberturas en los tres niveles de atención de la red de servicios de salud. A veintiséis personas de las áreas de salud se les capacitó en la metodología de consejería balanceada, la que consiste en explicar los métodos de planificación familiar de que se dispone: orales, inyectables, DIU, condones, AQVM, AQVF y naturales como el ritmo, Billings y del collar o método de días fijos.

En nutrición, se informó y educó sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos que da la lactancia materna; asimismo, se fomentó la formación de servicios amigos de la lactancia materna; para el efecto se capacitaron a 650 prestadores de servicios de salud (equipos técnicos del área de salud, jefes de distrito, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, jefes de hospital y pediatría) de las veintiséis áreas de salud. Se está implementando la estrategia AIEPI, en las ocho áreas de Salud antes mencionadas (Quiché, Sololá, Ixil, Quetzaltenango, San Marcos, Chimaltenango, Totonicapán y Huehuetenango).

Además, se elaboraron y distribuyeron las guías alimentarias para la población menor de dos años, a través de la red de los servicios de salud y, como parte de la estrategia de AIEPI-AINM-C, se brinda capacitación en la temática de lactancia materna, control-promoción y prevención (CPP) en aspectos de nutrición; además del

control de los esquemas completos de vacunación.

2.1.1.5 Fortalecer el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del programa nacional de salud reproductiva

Se revisó la legislación correspondiente y la estructura organizacional para evaluar la posibilidad de hacer depender el programa nacional de salud reproductiva directamente del Despacho del MSPAS. Sin embargo, por las implicaciones que conlleva el reglamento interno del MSPAS, se acordó dejarlo en la misma posición de la estructura, y al interior del mencionado programa, considerar su revisión con el fin de consolidar el funcionamiento de sus componentes.

Con relación a la descentralizar el PNSR, se han logrado algunos avances para que a nivel de áreas de salud se incluya en su planificación acciones de salud reproductiva, como parte de sus actividades regulares, a fin de que se pueda proyectar el programa a los diferentes niveles de atención, en función de lo que establecen las leyes: de Desarrollo Social (Decreto número 42-2001); de Descentralización (Decreto número 14-2002); de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (Decreto número 11-2002); y de los códigos de Salud (Decreto número 90-97) y Municipal (Decreto número 12-2002).

Asimismo, se revisó el reglamento interno del MSPAS, en lo cual las autoridades superiores han demostrado su interés. Sin embargo, no fue posible ejecutarlo por insuficiencia de recursos financieros.

En relación a gestionar la asignación de un presupuesto específico que permita el cumplimiento de objetivos de la Unidad de Salud Reproductiva, se realizaron gestiones a fin de asignar un presupuesto de 115 millones de quetzales para el año 2004. Sin embargo, dichas gestiones no prosperaron en el Ministerio de Finanzas Públicas, en virtud que la proyección de ingresos del Estado imposibilitan mayores asignaciones.

La dificultad de obtener los recursos necesarios para salud reproductiva, hace

necesario que los mayores esfuerzos se centren en la racionalidad del gasto sectorial, en función de las prioridades de salud y en correspondencia con la reforma del sector salud, como ha sido planteado para el período 2000-2004.

2.1.2 Programa nacional de prevención del VIH/SIDA

La PDSP plantea para el programa nacional de prevención del VIH/SIDA dos objetivos: a) fortalecer la atención integral y b) mejorar los niveles de información y educación a la población, buscando prevenir la enfermedad. La ejecución financiera del programa nacional de prevención del VIH/SIDA permite establecer que la inversión en este campo ascendió aproximadamente a Q.7.6 millones en el año 2003. Esta inversión contó con el apoyo de Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (ASDI). Por su parte el IGSS ejecutó con recursos de USAID un monto que asciende a Q.2.5 millones. Sin embargo es importante indicar que se aprobó el Fondo Global para el SIDA, con lo cual se cuenta con el apoyo decidido de la cooperación internacional. A continuación se presentan los logros, por objetivos:

2.1.2.1 Fortalecer la atención integral de ITS/VIH/SIDA

Se fortaleció la vigilancia epidemiológica de ITS/VIH/SIDA, lo cual permite contar con datos en forma oportuna. En base a esta vigilancia, se ha podido establecer la situación de VIH/SIDA en Guatemala, sus proyecciones y tendencias y, además, encauzar acciones de prevención y control de la epidemia. Esto permite que el personal de salud tenga lineamientos y procedimientos para vigilar casos de VIH/SIDA y sus factores de riesgo. Para el efecto se estableció vigilancia centinela de segunda generación en trabajadoras comerciales del sexo y mujeres que asisten a atención prenatal en las áreas de salud de Izabal, Zacapa, Guatemala, Petén Norte, Escuintla, Suchitupéquez, Retalhuleu, San Marcos, Quetzaltenango, Jutiapa, Santa Rosa y Chimaltenango.