



CONGCOOP

Coordinación de Ong y Cooperativas



El DR-CAFTA: Impactos probables en salud y educación en Guatemala

Guatemala, septiembre de 2005

Orlando Blanco —Director General—
Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos CIIDH
2da. calle 4-42 zona 2, ciudad de Guatemala
Guatemala, C. A.
Teléfonos: (502) 2251-6146/2220-0217
Telefax: (502) 2232-3181
Correo electrónico: ciidh@intelnett.com

Helmer Velásquez —Director Ejecutivo—
Coordinación de ONG y Cooperativas
CONGCOOP
2ª calle 16-60 zona 4, Mixco,
Edificio Atanasio Tzul, 2º nivel,
Residenciales Valle del Sol
Guatemala, C.A.
Teléfonos: (502) 2432-0966/2431-0261
Telefax: (502) 2433-4779
Correo electrónico: congcoop@itelgua.com

Coordinación: Alejandro Aguirre
Investigadores: José Miranda-Salud
Francisco Cabrera-Educación

Con la colaboración de OXFAM, Gran Bretaña

Diseño de interiores: Mario Castillo
Diseño de portada: Juan Carlos Aguilar

Esta edición estuvo al cuidado de Vinicio Castillo



Diseño y edición: **MAGNA TERRA EDITORES S.A.**
5 avenida 4-75, zona 2, Guatemala
Tel/fax: 2250-1031 Oficinas: 2238-0175, 2251-4048 y 2251-4298
Correo electrónico: magnaterra@hotmail.com

ÍNDICE

Primera parte

El impacto del Tratado de Libre Comercio en la salud materno-infantil y del adulto mayor

| | |
|---|----|
| Presentación | 7 |
| 1. El andamiaje jurídico compatible con el DR CAFTA | 9 |
| Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos de Norteamérica -DR CAFTA- . | 9 |
| La legislación guatemalteca | 15 |
| 2. La cobertura y la calidad de la atención de las poblaciones materna, infantil y de adultos mayores | 25 |
| Población infantil | 25 |
| La mujer en edad fértil | 27 |
| Adulto mayor | 35 |
| 3. Las nuevas formas administrativas contractuales en la mezcla público-privada para la prestación de servicios de salud, las nuevas condiciones laborales en la prestación de los servicios de salud, y la resolución de conflictos | 37 |
| La mezcla público-privada: Las nuevas formas contractuales | 37 |
| Las nuevas condiciones laborales | 41 |
| 4. Escenario comparativo en términos de lo actual y lo potencialmente esperado en el mediano plazo tras la aprobación del TLC | 45 |
| Pacto Internacional en Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC- | 45 |
| DR CAFTA | 46 |
| Cobertura y calidad | 51 |
| Conclusiones | 61 |
| Recomendaciones | 67 |
| Bibliografía | 68 |

Segunda parte

TLC: Riesgos en el ámbito de la educación

| | |
|--|------------|
| I. Presentación | 77 |
| II. La situación educativa de Guatemala antes de la entrada en vigencia del TLC | 79 |
| 1. La exclusión concentrada en los indígenas y en el área rural | 79 |
| 1.1. El PRONADE puesto como opción única | 80 |
| 1.2. Las/los indígenas con menos oportunidades | 85 |
| 2. El problema de los recursos limitados | 87 |
| 2.1. Inversión pública en educación | 87 |
| 2.2. Distribución del presupuesto en el sistema educativo | 88 |
| 2.3. La ejecución actual | 90 |
| 3. El problema de la calidad | 91 |
| III. El TLC como amenaza en el ámbito de la educación | 97 |
| 1. Primer riesgo: La conveniente reducción de la educación a la categoría de servicio | 98 |
| 2. Segundo riesgo: El contexto económico nacional, impactado por la aprobación del TLC, empuja hacia un estilo particular de reforma educativa | 101 |
| 3. Tercer riesgo: La estandarización que niega la diversidad cultural y lingüística | 104 |
| 4. Cuarto riesgo: Prestigiar la idea de la comercialización de la educación | 107 |
| 5. Quinto riesgo: La amenaza del estancamiento del financiamiento público para la educación | 108 |
| 6. Sexto riesgo: El fantasma de la privatización | 110 |
| IV. A manera de conclusiones | 113 |
| Bibliografía | 116 |
| | |
| Datos institucionales | 117 |



**Coordinación de ONG y
Cooperativas**
CONGCOOP



**El impacto del Tratado de
Libre Comercio
en la salud materno-infantil
y del adulto mayor**

Presentación

El presente estudio procura establecer la forma en que algunos de los contenidos de los Acuerdos del DR CAFTA podrían afectar la salud de tres grupos poblacionales —infantil, materno y del adulto mayor—, a partir de caracterizar sus perfiles de morbilidad y de mortalidad, y la capacidad resolutive institucional del Ministerio de Salud y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social —IGSS—. También se describen algunos de los cambios jurídicos realizados en la legislación nacional “afines” a los requerimientos de los Acuerdos del DR CAFTA analizados.

Posteriormente se describen los procesos administrativos contractuales que en la actualidad vienen desarrollando ambas instituciones, y que reflejan las condiciones más próximas a lo que el DR CAFTA exigiría tras su entrada en vigencia.

Hasta ahora el tema de los productos farmacéuticos, en especial los antirretrovirales, relacionados en el capítulo 15 del DR CAFTA en cuanto a los derechos de propiedad intelectual, es el aspecto mejor relacionado y documentado sobre lo que podría esperarse que continúe con la vigencia del DR CAFTA a partir del 2006. Sus efectos pueden observarse desde ya en al menos tres expresiones concretas: el bloqueo a la competencia entre productos, la generación de exclusividades a favor de proveedores transnacionales, y el impacto negativo en el presupuesto del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social —IGSS— tras los sobrepuestos.

En otros capítulos del DR CAFTA, sólo pueden hacerse aproximaciones tentativas respecto a las medidas administrativas desarrolladas hasta ahora por las dos instituciones públicas sanitarias más importantes. Pese al desarrollo de los mecanismos administrativos, con-

tractuales y de acreditaciones institucionales, el devenir propio de cada caso no permite establecer de manera contundente los potenciales efectos del mismo por dos razones particulares.

La primera, porque no se han generado las condiciones de mercado lo suficientemente atractivas para inversores, como en el caso de extensión de cobertura del Ministerio de Salud, en donde los fondos financieros no resultan ser fuente de lucro; o como el caso de la compra de servicios médicos profesionales a médicos particulares en donde el IGSS determina los costos.

La segunda razón está asociada al hecho de que algunos de los espacios institucionales susceptibles de generara mejores condiciones de mercado, aún no se han desarrollado, como en el caso de los Hospitales y del Segundo Nivel de Atención del Ministerio de Salud. Caso contrario podría ser los sucedido en el IGSS, en donde las compras a proveedores de servicios privados o públicos, como las que realiza el éste a favor de las Unidades de Atención al Enfermo Renal Crónico —UNAERC—, y de Cirugía Cardiovascular de Guatemala —UNICAR—, son millonarias.

Considerando que el mismo aún no ha entrado en vigencia, el presente estudio procuró señalar la posible “vinculación” entre las disposiciones jurídicas (leyes) y las formas administrativas (modalidades de mezcla público-privada) habidas al día de hoy en el sector salud, y lo dispuesto en algunos de los capítulos del DR CAFTA susceptibles de ser vinculados a las mismas.

Por ahora, los procesos administrativos y jurídicos desarrollados tanto por el Ministerio de Salud como por el IGSS dan cuenta de estructuras normativas y de procesos administrativo-financieros que, a la luz de lo acordado en los Acuerdos del DR CAFTA podrían servir de referente para lo que podría suceder al entrar en vigencia los contenidos del mismo.

1. El andamiaje jurídico compatible con el DR CAFTA

Tratado de Libre Comercio entre la República Dominicana, Centroamérica y los Estados Unidos de Norteamérica —DR CAFTA—

A continuación se exponen de manera sintética los Acuerdos del DR CAFTA firmado por Guatemala en materia comercial, que podrían “relacionarse” con las disposiciones jurídicas y administrativas en materia de salud adoptadas por el Estado de Guatemala durante las dos últimas administraciones gubernamentales.⁽¹⁾

Capítulo 1, “Disposiciones iniciales”. Define el establecimiento de una zona de libre comercio. Tiene como objetivos, entre otros, el estimular la expansión y diversificación del comercio entre las partes, eliminar los obstáculos al comercio y facilitar la circulación transfronteriza de mercancías y servicios, generar una competencia leal, abrir oportunidades de inversión, exigir el respeto a los derechos de propiedad intelectual, y la resolución de controversias.

Capítulo 6, “Medidas sanitarias y fitosanitarias”. Los objetivos de estas medidas se encaminan hacia la protección de la vida y la salud de las personas, de los animales y de los vegetales en los territorios de las partes. En ese sentido, el acuerdo busca resolver asuntos que puedan afectar el comercio entre las partes. Primordialmente, busca consultar sobre los asuntos relacionados con el desarrollo o aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias que afecten o pudieran afectar el comercio.

Capítulo 7, “Obstáculos técnicos al comercio”. Los objetivos de este acuerdo son la eliminación de los obstáculos técnicos innecesarios al comercio. Se pretende que las partes coincidan en la armoni-

zación de normas, reglamentos técnicos y procedimientos de evaluación de asuntos o de sectores en particular. Busca generar equivalencias en términos normativos de común aceptación por las partes.

Capítulo 9, “Contratación pública”. Este acuerdo busca que cada parte conceda a las mercancías, a los servicios, y a los proveedores un trato igual de favorable al suyo propio. Exige que cada parte disponga de los procedimientos de una contratación pública mediante licitación. En ese sentido requiere de una documentación para la contratación, de unas especificaciones técnicas, del establecimiento de requisitos y de condiciones para la participación en la contratación, de mecanismos que garanticen la contratación, de criterios para la adjudicación de los mismos, de información sobre la adjudicación de contratos, y de mecanismos de confidencialidad y de adopción de medidas contra el fraude e ilegales.

Capítulo 11, “Comercio transfronterizo de servicios”. Este capítulo aplica a las medidas que adopte o mantenga un país parte del tratado y que afecten al comercio transfronterizo de servicios por un proveedor de servicios de otro país, en términos de producción, distribución, comercialización y suministro de un servicio, la compra o pago por un servicio, la presencia en el territorio de un proveedor de servicios de otro país parte, y el otorgamiento de cualquier garantía financiera como condición para la prestación de un servicio.

Las “medidas adoptadas o mantenidas por un país parte del tratado” hacen referencia a lo hecho por gobiernos centrales, y subnacionales, o por organizaciones no gubernamentales que han adquiridos tales facultades tras el otorgamiento por parte de los Estados. Se exige un “Trato nacional” en el que cada país parte del tratado —al nivel nacional o regional— otorgue a los proveedores de servicios de otro país “el mismo trato que da a proveedores nacionales”. También, cada país parte del tratado otorgará a los proveedores de servicios de otro país, el mismo trato que da a proveedores de otros países partes o de países que no sean partes, en otras palabras un “trato de nación más favorecida”.

Respecto al “acceso a los mercados”, ningún país parte del tratado adoptará medidas que limiten el número de proveedores de servicios, sea cual fuere su condición, sobre el valor total de los activos o transacciones de servicios, sobre el número total de operaciones de servicios o a la cuantía total de la producción de servicios, sobre el número total de personas naturales que puedan emplearse en un determinado sector de servicios o que un proveedor de servicios pueda emplear, o bien, sobre los tipos específicos de persona jurídica o de empresa adoptada por el proveedor. Se señala, además, que no es necesario que el proveedor de un país parte del tratado cuente en el territorio de otro país parte con alguna representación o que resida en su territorio como condición para el suministro transfronterizo de un servicio.

En cuanto al “reconocimiento mutuo”, un país parte del tratado podrá reconocer la educación o experiencia obtenidas, los requisitos cumplidos o las licencias o certificados otorgados en un determinado país, sea parte del tratado o no, mediante armonización a través de un acuerdo o convenio con el país en cuestión o de manera autónoma. Además, terceras partes podrán adherirse a acuerdos o convenios ya existentes o a negociar otros acuerdos comparables. No serán permitidos aquellos reconocimientos que impliquen discriminación entre países en la aplicación de las normas para la autorización o certificación de los proveedores o la concesión de licencias.

En cuanto a la “elaboración de normas profesionales”, los organismos pertinentes de cada parte elaborarán normas y criterios mutuamente aceptables para el otorgamiento de licencias y certificados a proveedores de servicios profesionales, pudiendo ser acreditaciones, exámenes, experiencia comprobada, de conducta o ética, educación continua, conocimiento local por parte del proveedor, o de protección al consumidor. También es permisiva la elaboración de procedimientos para el otorgamiento de “licencias temporales” a los proveedores de servicios profesionales de otra parte.

Para las “transferencias y pagos”, cada país parte del tratado permitirá las transferencias y pagos relacionados con el suministro transfronterizo de servicios desde y hacia su territorio, utilizando “una” moneda de libre uso al tipo de cambio vigente. No podrá hacerse las mismas, sin embargo, cuando medie alguna disposición que exija el cumplimiento de una orden judicial o administrativa, por la aplicación de leyes financieras, cuando haya infracciones penales, por quiebra o para proteger los intereses de los acreedores.

Para la “denegación de beneficios”, un país parte del tratado denegará los beneficios de este capítulo a proveedores de servicios que no sean parte, que no tengan relaciones diplomáticas con el país al que pertenece el proveedor, o que al aplicar los beneficios de este capítulo contradicen disposiciones legales vigentes que prohíben transacciones con esa empresa.

En cuanto a los “servicios profesionales” (anexo 11.9.), lo dispuesto en este anexo de importancia para el sector salud, se relaciona con un sistema de certificación de proveedores de servicios profesionales.

Capítulo 15, “Derechos de propiedad intelectual”. Cada parte otorgará a los nacionales de otros países partes del tratado, un trato no menos favorable que el otorgado a sus propios nacionales con respecto a la protección y goce de dichos derechos de Propiedad Intelectual —PI—. Cada país parte adoptará “medidas necesarias para prevenir prácticas anticompetitivas que abusen de los derechos de la Propiedad Intelectual”.

Respecto de las “patentes”, las mismas serán otorgadas a cualquier invención de productos o de procedimientos en el campo de la tecnología, siempre y cuando sea “nueva”, entrañe una actividad inventiva —sinónimo de acciones ‘no evidentes’—, y sea susceptible de aplicación industrial —sinónimo de ser ‘útil’.

Para aprobar la comercialización de nuevos productos farmacéuticos y químicos agrícolas, las partes exigirán:

- ❖ La presentación de “datos no divulgados” sobre la seguridad y la eficacia de los mismos.
- ❖ Para que terceros puedan comercializar un producto, deberán hacerlo sobre la base de la “información” o de la “aprobación” otorgada a la persona que presentó la información. No podrán hacerlo si no cuentan con el consentimiento de la persona que proporciona la información o datos no divulgados, al menos por cinco años en el caso de productos farmacéuticos y de diez para productos químicos agrícolas, a partir de la fecha de aprobación de la parte.
- ❖ Del mismo modo, no podrán aprobar la comercialización de un producto previamente aprobado en otro territorio sobre la base de “evidencia de aprobación de comercialización previa en el otro territorio” o “información relativa a la seguridad o eficacia entregada previamente para obtener la aprobación de comercialización en el otro territorio, por cinco años en el caso de productos farmacéuticos y de diez para productos químicos agrícolas a partir de la fecha de aprobación de la parte”, si no cuentan con el consentimiento de la persona que obtuvo tal aprobación en el otro territorio previamente.

Además, define como “producto nuevo” a aquel que no contiene una entidad química que haya sido aprobada previamente en el territorio de la parte. Además, cada parte protegerá dicha información no divulgada contra toda divulgación, excepto cuando sea necesario proteger al público.

El contenido en materia de propiedad intelectual y de patentes del DR CAFTA obedecen a los lineamientos contenidos en los acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio —ADPIC—. Éstos reconocen que los Derechos de Propiedad Intelectual son derechos privados, y que la protección de los mismos deberán contribuir a la promoción de la innovación

tecnológica y a la transferencia y difusión de la tecnología en beneficio de los productores y de los usuarios de conocimientos tecnológicos, favoreciéndose el bienestar social y económico y el equilibrio de derechos y obligaciones.

En el caso de las patentes, cuya duración será de 20 años a partir de la fecha de presentación de la solicitud, los ADPIC al igual que se recoge en el TLC, sostienen que se obtendrán por “todas las invenciones de productos o de procedimientos en todos los campos de la tecnología, siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial”. En cuanto a un “producto”, la patente confiere al titular derechos exclusivos de explotación e impide que “terceros, sin su consentimiento fabriquen, usen, hagan ofertas de venta, vendan o importen el producto objeto de la patente”.

La Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, o Declaración de Doha (2001), reconociendo la gravedad de los problemas de salud pública de muchos países en desarrollo, prevé el uso de excepcionalidades por parte de los Estados parte del tratado al advertir que los mismos no han de impedir la protección de la salud pública, incluidas las epidemias de VIH/SIDA, la Tuberculosis, el Paludismo y otras que representen una emergencia nacional.

Tal protección podrá hacerse mediante acciones como la de conceder licencias obligatorias, determinando las bases sobre las cuales se conceden las mismas. Además, ante limitaciones en la capacidad de fabricación en el sector farmacéutico por parte de miembros de la Organización Mundial del Comercio —OMC—, y que impedirían una correcta aplicación de las licencias obligatorias, los países podrán hacer uso de otras medidas excepcionales como la importación paralela, por ejemplo.

Capítulo 16, “Laboral”. Este acuerdo busca que cada parte reconozca y proteja los principios laborales y los derechos laborales internacionalmente reconocidos. En ese sentido, la legislación laboral

aplica al derecho de asociación, el derecho de organizarse y negociar colectivamente, la prohibición del trabajo forzoso y obligatorio, la eliminación del trabajo infantil, y condiciones laborales aceptables en términos de salarios mínimos, horas de trabajo, y seguridad y salud ocupacional. En el caso del salario, este acuerdo sólo busca asegurar la aplicación efectiva del nivel del salario mínimo establecido por la parte.

Capítulo 20, “Solución de controversias”. Este acuerdo busca la prevención o la solución de todas las controversias relativas a la aplicación de este tratado entre las partes. Para ello, precia la conciliación como primera instancia de resolución de conflictos. Caso contrario, y ante la fallida conciliación, derivará hacia la resolución Arbitral como última instancia para dirimir las controversias. Se describe un proceso que va desde la instauración de unos requisitos para iniciar el arbitraje hasta el planteamiento de informes iniciales para conocer el diferendo, hasta un procedimiento final que asegura la resolución del mismo.

La legislación guatemalteca

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —PIDESC—. Guatemala, en tanto firmante del PIDESC asume el reconocimiento de la dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana, y de sus derechos iguales e inalienables, y de que estos derechos se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana. En ese sentido, al ser signataria asume los contenidos del mismo, los cuales enfatizan en que:

- 1) Los Estados partes en el presente Pacto reconozcan el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y,
- 2) La adopción de las medidas que hagan efectivos esos derecho, mediante:

- a. La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.⁽²⁾

La Constitución de la República de Guatemala. En cuanto a satisfacer al interés general, según la Constitución de la República de Guatemala el fin supremo del Estado es la realización del bien común.”⁽³⁾

En los artículos 93, 94 y 95 se establece, respectivamente, que “el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”; que “el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, haciéndolo 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”; y, que “la salud de los habitantes de la Nación es un bien público, y que todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento”.⁽⁴⁾

Ley de Contrataciones del Estado.⁽⁵⁾ En cuanto a esta ley, el artículo 95 “Servicios Públicos”, permite a los órganos del Estado disponer de “la contratación de terceros o la concesión de los aludidos servicios a personas particulares, para que sean prestados de manera eficiente”.

El artículo 96, “Contratación para la prestación de servicios públicos”, establece que la contratación de terceros para la prestación de servicios públicos deberá sujetarse a varias disposiciones administrativas, dentro de las cuales se establecerán los objetivos de los servicios cuya prestación por terceros se pretende efectuar.

Además, también establece que “cuando sea conveniente a los intereses del público usuario de los servicios en cuestión, la convocatoria podrá efectuarse también en el extranjero, en cuyo caso, los interesados en presentar propuestas deberán constituir en Guatemala un mandatario con representación, con facultades suficientes para intervenir en todo el procedimiento administrativo de selección.”

Ley del Organismo Ejecutivo.⁽⁶⁾ En su artículo 3 “Delegación”, se lee “las funciones de gestión administrativa y de ejecución y supervisión de la obra y servicios públicos podrá delegarse a terceras personas, comités, asociaciones o entidades, cuando el ejecutivo lo juzgare idóneo para lograr una mayor eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus funciones.”

En su artículo 39, inciso “a” se recoge que para la formulación e implementación de las políticas y los planes de salud pública “promoverá la participación pública y privada en dichos procesos y nuevas formas de financiamiento y mecanismos de fiscalización social descentralizados.”

Ley General de Concesiones,⁽⁷⁾ (*Iniciativa de...*). De acuerdo al contenido de esta iniciativa, el Ministerio de Salud, en tanto responsable de la prestación de servicios públicos, deberá practicar una valoración de los proyectos susceptibles de ser concesionados, a fin de determinar su conveniencia. Si lo fuera, mediante una licitación pública será adjudicado al concesionario que tenga la capacidad legal, técnica y financiera para ejecutarlo y ofrezca a su vez, las mejores condiciones al usuario.

Dentro de las modalidades de Concesión en el caso del sector salud, la denominada “concierto con persona individual o jurídica que venga realizando prestaciones análogas a las que constituyen el servicio público” parece ser la más cercana a la experiencia del “Programa de Extensión de Cobertura” del Ministerio de Salud y a los “Servicios Contratados” del IGSS.

En términos de derechos y obligaciones entre concedente y concesionario, entre otras. El primero, ha de realizar acciones de supervisión del cumplimiento del contrato, verificando el adecuado desempeño del concesionario y la calidad de la prestación del servicio. El segundo, habrá de reportar su producción y logro de metas, mantener el acceso ininterrumpido a los usuarios y pagar salarios y prestaciones laborales a sus trabajadores conforme a las leyes laborales. Este último punto contrasta con la modalidad de servicios técnicos o profesionales con los que los compradores de servicios —el Ministerio de Salud y el IGSS— vienen realizando en los últimos años.

Además, la iniciativa es permisiva con que puedan participar en los procesos de licitación pública “las personas individuales o jurídicas, nacionales o extranjeras que estén registradas de conformidad con las leyes de la República...”

Un dato importante es que, el arreglo contractual de concesión guardará el carácter de un contrato administrativo. En otras palabras, la relación contractual estará regida por el Derecho Administrativo. La concesión podrá hacerse hasta por un máximo de cincuenta años y la resolución de controversias será hecha a través de un tribunal arbitral.

Durante los últimos meses esta iniciativa se ha visto bajo una fuerte presión social y política, dados los excesos en su contenido, a tal punto que durante la discusión de la misma se han empezado a hacer propuestas que no sólo limitan el período de concesión sino aquello que se quiere otorgar en concesión.

Ley de Arbitraje.⁽⁸⁾ En su artículo 4, “Definiciones”, establece que un Acuerdo de Arbitraje “es aquél que por virtud del cual las partes deciden someter a arbitraje todas o ciertas controversias que hayan surgido o puedan surgir entre ellas respecto de una determinada relación jurídica, contractual o no contractual.”

El artículo 10, “Forma del Acuerdo de Arbitraje”, establece que “se entenderá que el acuerdo consta por escrito cuando esté consig-

nado en un documento firmado por las partes... y que la referencia hecha en un contrato a un documento que contiene una cláusula arbitral constituye acuerdo de arbitraje, siempre que el contrato conste por escrito y la referencia implique que esa cláusula forma parte del contrato.”

Ley de propiedad intelectual (Decreto 31-2005). Este decreto se ajusta a lo dispuesto en el DR CAFTA y los ADPIC restituyendo el plazo de protección de datos de prueba por cinco años, e impidiendo que terceros puedan comercializar productos farmacéutico o químicos agrícolas sin contar con el consentimiento de la persona que proporciona la información o datos de prueba, o del consentimiento de aquellos que obtuvieron la aprobación previa en otro país. También redefinir “producto nuevo” como aquel que contiene una entidad química no aprobada previamente en el país.

El aspecto más importante de la Ley de Propiedad Intelectual tiene que ver con las modificaciones hechas a la “protección de datos de prueba”, en la que se exige a terceros la presentación de datos no divulgados sobre seguridad y eficacia de productos farmacéuticos, como condición para aprobar la comercialización de nuevos productos farmacéuticos y químicos agrícolas.

Aquellos que no posean dicha información no podrán comercializar dichos productos sobre la base de la información o la aprobación otorgada a la persona que presentó la información hasta por un período de cinco años para productos farmacéuticos, y hasta diez para productos agroquímicos, excepto que cuenten con el consentimiento de la persona que proporciona —propietaria de— la información. E incluso, terceros no podrán utilizar evidencia relativa sobre eficacia y seguridad presentada en otro país para la aprobación de la comercialización sin el consentimiento de la persona que obtuvo en otro país esa aprobación.

La excepción a la no divulgación de datos de prueba sucederá cuando sea necesario proteger la seguridad en el uso de los productos farmacéuticos, la vida, la salud o en casos de emergencia nacional

declarada. De los productos agroquímicos cuando haya una emergencia nacional declarada o para proteger la salud, la vida o el medio ambiente. O bien, cuando el titular de la información haya dado su consentimiento a terceros.

En cuanto a las moléculas protegidas, por las disposiciones del Decreto 31-2005, ascienden a treinta y una.⁽⁹⁾

Cuadro 1.1 Listado de moléculas nuevas registradas del 2003 al 2005

| Nombre de la molécula | Función |
|---------------------------|--|
| Merformina +rosiglitazona | Hipoglucemiante, no novedoso |
| Verdanafil clorhidrato | Disfunción eréctil |
| Tadalafil | Disfunción eréctil |
| Adalimumab | Artritis reumatoidea |
| Ezetimiba | Hipocolesterolémico |
| Rosuvastatina | Hipocolesterolémico |
| Escitalopran | Antidepresivo similar al citalopran forma dextro |
| Aprepitant | Antiemético en tratamiento de quimioterapia |
| Atazanavir | Antirretroviral (VIH/SIDA) |
| Drotrecogin alfa activado | Sepsis severa |
| Gefitinib | Antineoplásico pulmonar |
| Everolimus | Inmunosupresor trasplante renal |
| Enfurvitida | Antirretroviral (VIH/SIDA) |
| Dutasteride | Antineoplásico prostático |
| Dipivoxilo de adefovir | Antirretroviral (VIH/SIDA) |
| Atomexetina clorhidrato | Hiperactividad en niños y adultos |
| Esporas de B. clousidi | Restauración de flora intestinal |
| Sirolimus | Inmunosupresor trasplante renal |
| Vacuna contra rotavirus | Diarreas por rotavirus |
| Frovatriptan succinato | Migraña |
| Iloprost trometanol | Enfermedad Raynaud, de Buerger |
| Gatifloxacina | Antimicrobiano quinolona de 3ª generación |
| Pregabalina | Ansiolítico |
| Insulina G lulisina | Hipoglucemiante (diabetes tipo I y II) |
| Omalizumab | Disminuye ataques de asma |
| Pemetrexeb | No referido en documento oficial |
| Fosamprenavir calcico | Tratamiento de adultos con VIH |

| Nombre de la molécula | Función |
|---------------------------|---|
| Bevacizumab | Antiangiogénico. Anticuerpo contra el factor de crecimiento endotelial-vascular |
| Clorhidrato de duloxetina | Antidepresivo |
| Ranelato de estroncio | Osteoporosis |
| Pemetrexeb | No especificado en documento |

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Listado de moléculas nuevas registradas de 2003 a 2005. Médicos Sin Fronteras España. 2005, documento mimeografiado ampliado, 2 páginas.

El listado de productos farmacéuticos afectados por las disposiciones de seguridad y de calidad —o doble asterisco (**)—, invocados a partir de lo legislado en el Decreto 31-2005, son los siguientes:

Cuadro 1.2 Listado de productos farmacéuticos a ser adquiridos para el 2005 por el IGSS afectados por el ()**

| Producto | Acción terapéutica | Producto | Acción terapéutica |
|--|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Alendronato sódico | Osteoporosis | Gemcitabina 1g | Antirretroviral |
| Amoxicilina+ácido clavulánico 1000/200mg | Antibiótico inyectable | Glimepirida 4mg | Antidiabético |
| Amoxicilin+ ácido clavulánico 500/125mg | Antibiótico comprimidos | Impenem/Cilastatina 500/500mg | Antibiótico |
| Atorvastatina 20mg | Anticolesterolémico | Indinavir 400mg | Antirretroviral |
| Bicalutamida | Contra el cáncer | Irbesartan 150mg | Antihipertensivo |
| Carvedilol 12,5mg | | Isotretinoína 20mg | Contra acné |
| Carvedilol 6,25mg | Anticolesterolémico | Isradipino 5mg | Antagonista del calcio |
| Cilazapril | Infertilidad | Leflunimida 20mg | Artritis reumatoidea |
| Ciprofibrato 100mg | Posinfarto, antiagregante plaquetario | Lopinavir/ritonavir 133/33mg | Antirretroviral |
| Clomifeno 560mg | Antirretroviral | Losartan 50mg | Antihipertensivo |
| Clopidogrel 75mg | Antirretroviral | Merformina 850mg | Antidiabético |
| Didanosina 100mg | Antirretroviral | Metronidazol 500mg | Infección vaginal |
| Efavirenz 200mg | Antirretroviral | Midazolam 5mg | Inductor del sueño |
| Espiramicina 500mg | | Nelfinavir 250mg | Antirretroviral |
| Famciclovir 250mg | Antirretroviral | Paclitaxel 6mg | Contra el cáncer |
| Filgastrim 300mg | Cáncer | Pioglitazona 15mg | Antidiabético |
| Finasteride 5mg | Hipertrofia prostática | Ramipril 5mg | Antihipertensivo |
| Fluvastatina 20mg | Anticolesterolémico | Ricedronato sódico 5mg | Para osteoporosis |
| Gabapentina 400mg | Anticonvulsivante | Teicoplanina 400mg | Antibiótico |
| Verapamil 240mg | Antihipertensivo | Zidovudina 100mg | Antirretroviral |

Fuente: Cámara de Industria de Guatemala. Comunicado de Prensa, 11/11/2004. Guatemala, 2004. documento mimeografiado, 3 páginas.

El Código de Salud. En su artículo 4, “Obligación del Estado”, reconoce que éste “...desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes...”⁽¹⁰⁾

En el artículo 5 “Participación de la comunidad”, se amparan los convenios-contratos firmados entre el Ministerio de Salud y las organizaciones prestadoras, en tanto “el Estado garantizará el ejercicio del derecho y el cumplimiento del deber de la comunidad de participar en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud...”

El artículo 8 reconoce al “Sector Salud” —y no un Sistema de Salud— y lo define como “el conjunto de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipales, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud...”

Según el artículo 9 del Código de Salud “Funciones y responsabilidades del Sector Salud” señala que “las Organizaciones No Gubernamentales, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación de acuerdo a sus objetivos, participarán en forma coordinada con las otras instituciones del Sector, en la solución de los problemas de salud, a través de la ejecución de programas y la prestación de servicios...”

La coordinación intra e intersectorial, artículo 10, inciso “b”, señala la capacidad del Ministerio de Salud de suscribir convenios y acuerdos al nivel local, nacional y con organismos internacionales.”

El artículo 11 establece que en la organización y la administración de los programas y servicios de salud “las instituciones del sector para la administración y prestación de servicios, establecerán áreas



CONGCOOP



de influencia para atender grupos de población preferentemente coincidentes con los espacios territoriales de los departamentos y municipios de la república.”

El artículo 17, define entre otras funciones del Ministerio de Salud “coordinar las acciones y el ámbito de las Organizaciones No Gubernamentales relacionadas con salud, con el fin de promover la complementariedad de las acciones y evitar la duplicidad de esfuerzos.”

En su artículo 18 “Modelo de atención integral en salud”, dice que “el Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada...”

En su artículo 98 “Participación de las comunidades en programas de salud”, reconoce y establece que “las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.”

Reglamento Interno de Salud. De acuerdo al artículo 37 “Naturaleza y ámbito de competencia”, la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud -DGSIAS- “...es la dependencia del Nivel Central del Ministerio de Salud, responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud, articulando funcionalmente los distintos establecimientos que conforman la red de los servicios públicos y privados ubicados en la jurisdicción de las áreas y distritos de salud,...”⁽¹¹⁾

De las funciones del Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud se recoge, entre otros, la de “...participar en la elaboración de convenios y acuerdos para la prestación conjunta de servicios de salud, entre las instituciones públicas y privadas del Sector Salud...”

La Unidad de Provisión de Servicios de Primer Nivel -UPS1- se creó al nivel central con el objetivo de apoyar técnicamente al nivel operativo en la extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el primer nivel de atención. Para poder llevar a cabo su trabajo, en el transcurso del año 2000, la UPS1 instituyó el instrumento nor-

mativo para regular a las prestadoras y administradoras de servicios de salud. El mismo contempla cuatro procesos: Habilitación, Adjudicación, Certificación, y Acreditación -HACYA- .^(12, 13)

Actualmente, aunque ya no guarda ese nombre y sus instrumentos han sido modificados, sigue teniendo la misma lógica sistémica que rige el proceso contractual que busca evaluar los aspectos administrativo-financieros y la prestación de servicios de salud.

Convenios/contratos para la adquisición de servicios de salud.⁽¹⁴⁾ El Ministerio de Salud al adjudicar las jurisdicciones a las prestadoras, reconoce que la misma se efectuará “...mediante un convenio o contrato. El convenio es el documento legal que establece las condiciones contractuales entre el Ministerio de Salud y la prestadora o administradora.”

Esa política toma cuerpo en la relación contractual, en la cláusula cuarta del convenio, donde se recoge que la finalidad de la relación contractual es que la prestadora ejecute “las intervenciones que deben prestarse en la comunidad y que tienen como fin resolver los problemas más importantes de salud de la población en comunidades donde no existen estos servicios,...”

De acuerdo con la normativa del IGSS, éste podrá “celebrar contratos con médicos particulares, hospitales y otros servicios médicos públicos, privados o mixtos para otorgar por medio de ellos, según los casos, todas o algunas de las prestaciones de servicios,...”⁽¹⁵⁾

La relación contractual con cada una de estas opciones administrativas —profesionales individuales o instituciones jurídicas— se rigen por la Ley de Contrataciones del Estado.

2. La cobertura y la calidad de la atención de las poblaciones materna, infantil y de adultos mayores

Población infantil^(16, 17)

Demografía. Sobre la base de una proyección de población total para el 2005, de 12,699,780 de habitantes, la población hasta los catorce años de edad representó un 43.13% (5,484,072), y los menores de 5 años un 16.0% (2,036,312).

Morbilidad en atención primaria y hospitalaria. Según datos del Ministerio de Salud el perfil de la morbilidad infantil, transmisible y no transmisible, atendida tanto en los servicios de atención primaria como al nivel hospitalario es el siguiente:

Cuadro 2.1 Primeras causas de morbilidad general y prioritaria infantil en APS y hospitalaria

| Primeras diez causas de morbilidad infantil general | Primeras diez causas de morbilidad infantil prioritaria | Primeras diez causas de morbilidad transmisible hospitalaria en pediatría | Primeras diez causas de morbilidad no transmisible hospitalaria en pediatría |
|---|---|---|--|
| Infección respiratoria aguda | Infecciones respiratorias agudas | Enfermedad diarreico agudo | Asma bronquial |
| Síndrome diarreico agudo | Parasitismo intestinal | Neumonías y bronconeumonías | Fracturas |
| Neumonías y bronconeumonías | Síndrome diarreico agudo | Infecciones respiratorias agudas | Infecciones del tracto urinario |
| Dermatitis | Neumonías y bronconeumonía | Parasitismo intestinal | Piodermias |
| Parasitismo intestinal | Anemia | Sepsis | Prematurez |
| Amigdalitis | Dermatitis | Malaria | Síndrome convulsivo |
| Anemia | Amigdalitis | Sarcoptiosis | Hernia inguinal |
| Amebiasis intestinal | Amebiasis intestinal | Impétigo | Fiebre de etiología |
| Conjuntivitis | Desnutrición | Infección del tracto urinario | Apendicitis aguda |
| Desnutrición | Impétigo | Hepatitis | Anemia |

Fuente: tomado de: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004*. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, pp. 3, 4, 12, 13.

Al analizar el perfil de la enfermedad transmisible infantil atendida, tanto en los servicios de atención primaria como en los hospitales, puede apreciarse que la misma está sujeta al requerimiento de antibióticos, de antiparasitarios, de antimicóticos, anticonvulsivantes, entre otros.

En el caso de las enfermedades no transmisible su atención requiere de productos farmacéuticos cuya demanda podría suponer un manejo más especializado que el que se tiene en APS.

Mortalidad infantil. Según el Ministerio de Salud la mortalidad en la infancia según diferentes períodos etareos se caracteriza de la siguiente manera:

Cuadro 2.2 Primeras causas de mortalidad infantil a diferentes edades

| Primeras diez causas de mortalidad en menores de 7 años | Primeras diez causas de mortalidad en neonatos de 8 a 28 días | Primeras causas de muerte en menores de un año | Primeras diez causas de muerte en niños entre 1 y 4 años |
|---|---|--|--|
| Prematurez | Neumonías y bronconeumonías | Neumonías y bronconeumonías | Neumonías y bronconeumonías |
| Septicemia | Sepsis neonatal | Enfermedad diarreica aguda | Enfermedad diarreica aguda |
| Neumonías y bronconeumonías | Prematurez | Septicemia | Desnutrición |
| Asfixia perinatal | Enfermedad diarreica aguda | Prematurez | Deshidratación hidroelectrolítica severa |
| Síndrome de aspiración de meconio | Causas mal definidas | Fiebre de etiología | Septicemia |
| Anencefalia | Fiebre de etiología | Causas mal definidas | Hidrocefalia |
| Fiebre de origen indeterminado | Síndrome de aspiración de meconio | Síndrome de aspiración de meconio | Asma bronquial |
| Hemorragia intracranéana | Hidrocefalia | Asfixia perinatal | Politraumatismo |
| Enfermedad diarreica aguda | Asfixia del recién nacido | Desnutrición | Parasitismo intestinal |
| Muerte súbita | Muerte súbita | Malformación congénita | Anemia |

Fuente: tomado de: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004*. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, pp. 6-7.

Al apreciarse las principales causas de muerte en la población infantil, se puede apreciar que las mismas están asociadas a procesos infecciosos virales, bacterianos y micóticos, a problemas de creci-

miento y desarrollo -inmadurez- orgánico y de los sistemas, y a la falta de vitaminas, alimentos y micronutrientes.

Calidad de la Atención. En cuanto a la Calidad de la Atención, las actuales autoridades del programa de salud reproductiva advierten que no se han hecho estudios de calidad de la atención materno-infantil.⁽¹⁸⁾

La mujer en edad fértil ^(19, 20)

Demografía. De acuerdo con los datos de población proyectados para el 2004 por el Ministerio de Salud, la población de mujeres era de 6,338,132. De acuerdo a datos del Ministerio de Salud, las mujeres con edad fértil se consideran entre las edades de 10 y 49 años. La población de mujeres en edad fértil era de 5,605,047.

Morbilidad en atención primaria. A continuación se presentan las primeras causas de enfermedad en mujeres, incluida la materna, tanto las transmisibles como las no transmisibles según la demanda tenida tanto en los servicios de atención primaria como al nivel hospitalario.

Cuadro 2.3 Causas de morbilidad en la mujer y materna

| Primeras diez causas de morbilidad por enfermedades transmisibles en mujeres | Primeras diez causas de morbilidad no transmisible en mujeres | Primeras causas de morbilidad materna | Primeras diez causas de morbilidad hospitalaria ginecobstétrica |
|--|---|---------------------------------------|---|
| Infección respiratoria aguada | Anemias | Amenaza de aborto | Aborto incompleto |
| Parasitismo intestinal | Enfermedad péptica | Fujo vaginal | Amenaza de aborto |
| Síndrome diarreico agudo | Dermatitis | Vaginitis aguda | Falso trabajo de parto |
| Neumonía y broconeumonía | Infecciones del tracto urinario | Hemorragia vaginal | Retención de restos de placenta |
| Amigdalitis aguda | Cefalea | Eclampsia | Sepsis puerperal |
| Amebiasis intestinal | Artritis reumatoidea | Sepsis puerperal | Hemorragia uterina |
| Malaria | Neuralgia | Dismenorrea | Trabajo de parto prematuro |
| Conjuntivitis viral | Lesiones por accidentes | Retención placentaria | Miomatosis uterina |

| Primeras diez causas de morbilidad por enfermedades transmisibles en mujeres | Primeras diez causas de morbilidad no transmisible en mujeres | Primeras causas de morbilidad materna | Primeras diez causas de morbilidad hospitalaria ginecobstétrica |
|--|---|---------------------------------------|---|
| Sarcoptiosis | Lumbagos de esfuerzo | Mastitis | Fibromatosis uterina |
| Bronquitis | Traumatismos múltiples | Miomatosis uterina | Prolapso uterino |

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004*. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, pp. 423-424.

Mortalidad. De acuerdo con los datos del Ministerio de Salud, para el período de 1989-2000 la Mortalidad Materna se redujo de 278 a 153 madres por cada 100 mil nacidos vivos. La misma está fuertemente ligada a la paridad: a mayor paridad, mayor mortalidad.⁽²¹⁾

En cuanto al perfil de muerte en mujer y la materna, se aprecia que las ligadas al embarazo, parto y puerperio, y las agudas o transmisibles constituyen el núcleo principal. Además, las no trasmisibles ocupan una parte importante entre las causas de mortalidad.^(22, 23)

Cuadro 2.4 Causas de mortalidad materna

| Primeras diez causas de mortalidad materna general | Primeras cinco causas de mortalidad maternas ligadas a la atención del embarazo, parto y puerperio | Distribución de las muertes maternas según causa de muerte directa |
|--|--|--|
| Neumonía y bronconeumonía | Retención placentaria | Hemorragia |
| Enfermedad diarreica aguda | Hemorragia post parto | Infección |
| Heridas por arma de fuego | Eclampsia | Hipertensión inducida por el embarazo |
| Infarto agudo del miocardio | Sepsis puerperal | Aborto |
| Desnutrición | Aborto incompleto | Otras (embolia, anestesia, indirectas, desconocidas) |
| Cirrosis | | |
| Diabetes mellitus | | |
| Accidente cerebro vascular | | |
| Insuficiencia cardiaca congestiva | | |
| Cáncer de estómago | | |

Fuentes: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004*. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, pp. 426-427./Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva. Informe Final. Línea basal de mortalidad materna par el año 2000. Guatemala, 2003, pp. 30.

En cuanto a la mortalidad materna según lugar donde terminó el embarazo, más del 50% ocurren en el hogar, y poco más del 30% en los servicios hospitalarios. En cuanto a la persona quien atendió el parto, la comadrona atiende a poco más del 40%, el médico un 33% y la autoatención o por familiar poco menos del 22%.⁽²⁴⁾

Cobertura de Servicios. Las acciones desarrolladas en el nivel primario de atención en salud se realiza a través de dos tipos de servicio: los Centros Comunitarios de Salud y los Puesto de Salud. Los primeros son atendido por personal contratado tanto por prestadoras como por administradoras de servicios de salud. Este personal no es considerado personal del Estado.⁽²⁵⁾

Para el Programa de Extensión de Cobertura el Ministerio de Salud reportó (2004) un total de 325 médicos ambulatorios, 13,868 comadronas adiestradas, y 23,510 vigilantes de la salud.⁽²⁶⁾ El Conjunto Básico de Servicios de Salud incluyen: 1) la atención a la mujer, 2) la atención infantil y preescolar, 3) la atención a la demanda de la población en general, sobre servicios de emergencia y morbilidad, y 4) la atención al medio ambiente.

Para brindar atención el Ministerio de Salud cuenta en el primer nivel de atención con la siguiente infraestructura: 1,244 centros de convergencia, 926 puestos de salud y 300 unidades mínimas.⁽²⁷⁾

Para el segundo nivel de atención, el modelo de gestión y de atención se definió como un “conjunto de servicios ampliados de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas por el primer nivel de atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias, acudan a los establecimientos típicos de éste nivel”. La infraestructura requerida contempla la siguiente infraestructura: Puestos de Salud Reforzados, Centros de salud tipo B, Centro de Salud tipo B con horario de 12 horas, Centro de Salud tipo A (maternidades), y Hospital Distrital (Clínica Periférica). Además, los Hogares Maternos de ubicación comunitaria estarán vinculadas a un Centro de Salud tipo A o a un Hospital Distrital.⁽²⁸⁾

De acuerdo con la Memoria epidemiológica 2004 habían: 29 centros de salud tipo “A”, de los cuales funcionan 27; 264 centros de salud tipo “B”; 937 puestos de salud de los cuales 915 están funcionando; 22 centros de urgencias de 24 horas; 52 clínicas periféricas; 3,801 centros de convergencia, de los cuales funcionan 3,783; 89 prestadoras de servicios de salud; y, 53 administradoras de servicios de salud.⁽²⁹⁾

Como parte del Segundo Préstamos del BID, está la iniciativa de PROHOSPITAL. Aunque la misma va dirigida a aumentar la productividad y la calidad de los servicios hospitalarios, hasta el 2003 no se había implementado. Dentro de ese proceso, en el año 2000 la Secretaría de Desconcentración, Descentralización y Modernización del Ministerio de Salud publicó “el Programa de Recuperación de Costos” para el tercer nivel de atención. El mismo, sin embargo, no gozó de aceptación y fue desestimado.⁽³⁰⁾

Cuadro 2.5 Red de servicios en el primer nivel de atención

| Primer nivel de atención | Segundo nivel de atención | Tercer nivel de atención |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1244 centros de convergencia | 249 centros de salud tipo B | 2 hospitales de referencias nacional |
| 926 puestos de salud | 32 centros de salud tipo A | 7 hospitales especializados |
| 300 unidades mínimas | 16 maternidades cantonales | 8 hospitales regionales |
| | 3 clínicas periféricas | 16 hospitales departamentales |
| | 32 centros integrados | 5 hospitales distritales |
| | | 5 hospitales de contingencia |

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Situación de la salud y su financiamiento*. Período 1999-2003. Tercer Informe. Guatemala, 2005, pp. 19-20.

A la fecha, el Ministerio de Salud, conjuntamente con los Bancos Internacionales ha estado haciendo estudios —no accesibles— sobre la reforma en el sector salud en sus tres niveles.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social⁽³¹⁾ cuenta con la siguiente infraestructura para la atención de los afiliados y beneficiarios.

Cuadro 2.6 Infraestructura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para brindar atención a la población

| | No. hospitales | No. consultorios | No. de Puestos de salud | Puestos primeros auxilios | Unidades asistenciales | Unidades integrales | Salas anexas |
|----------------------|----------------|------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|--------------|
| Total de país | 24 | 34 | 10 | 8 | 2 | 59 | 3 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe anual de labores 2003. Guatemala, pp. 19-23.

La población afiliada por programa es la siguiente:

Cuadro 2.7 Población afiliada por programa

| Programa de accidentes | Programa de maternidad* y enfermedad | Programa IVS |
|------------------------|--------------------------------------|--------------|
| 957,921 | 932,995 | 840,414 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe anual de labores 2003. Guatemala, pp. 19-23.

(*) cubre sólo 19 de los 22 departamentos del país. No hay cobertura en El Progreso, Santa Rosa y Petén.

Para finales de 2003 el IGSS protegía a través de los programas de Enfermedad y Maternidad, Accidentes en General e invalidez, Vejez y Supervivencia a la siguiente población afiliada:

Cuadro 2.8 Cobertura de atención según derechohabiente

| | Total derecho habientes | Afiliados | Esposas y compañeras | Hijos menores de 5 años | Pensionados programa accidentes | Pensionados programa IVS |
|----------------|-------------------------|-----------|----------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Totales | 2,236,757 | 957,921 | 410,508 | 625,098 | 9,456 | 137,503 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe anual de labores 2003. Guatemala, p. 40.

Respecto de la cobertura para el año 2003 el IGSS reportó las siguientes cifras:

Cuadro 2.9 Cobertura según población protegida por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

| Población total | Población Económicamente Activa -PEA- | Población protegida | Afiliados | Beneficiarios | % cobertura PEA | % cobertura institucional |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------|-----------|---------------|-----------------|---------------------------|
| 11,535,312 | 3,630,599 | 2,236,757 | 957,921 | 1,278,836 | 26.38 | 26.38 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe anual de labores 2003. Guatemala, p. 41.

Enfermedad. Dentro del programa de enfermedad y maternidad se reportaron las siguientes cifras de consultas médicas de riesgo de enfermedad:

Cuadro 2.10 Cobertura por riesgo de enfermedad

| Total | Medicina general | | | Especialidades | | Odontología | |
|-----------|------------------|---------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|
| | Afiliados | Niños | Pensionados | Afiliados | Pensionados | Afiliados | Pensionados |
| 3,292,156 | 1,340,045 | 885,221 | 243,281 | 452,170 | 105,784 | 257,124 | 8,531 |
| 100% | 1,042 | 386 | 80 | 0 | 3.21% | 7.81% | 0.25% |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Informe anual de labores 2003*. Guatemala, p. 55.

Accidentes. En cuanto al número de consultas externas del programa de accidentes se reportó:

Cuadro 2.11 Cobertura por consulta externa del programa de accidentes

| | Accidentes en general | | | | |
|---------|-----------------------|-----------|-------------|---------------|----------------|
| | Total de consultas | Afiliados | Pensionados | No. afiliados | Especialidades |
| Totales | 498,361 | 382,189 | 20,623 | 29,747 | 65,802 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Informe anual de labores 2003*. Guatemala, p. 47.

Además, en cuanto al número de hospitalizaciones del programa de accidentes se reportó un total de 15,134 ingresos, con un promedio de estancia de 8.2 días.

Maternidad. Respecto de la cobertura del riesgo por maternidad, que actualmente cubre a 19 de los 22 departamentos, el total de consultas por consulta externa fue de 355,071.

De las hospitalizaciones por riesgo materno se reportaron 43,353 ingresos. De los egresos según riesgo de maternidad y unidades asistenciales se reportó lo siguiente:

Cuadro 2.12 Cobertura hospitalaria según riesgo materno

| Unidad | Parto | Cesáreas | Abortos y legrados | Laparoscopías | Pomeroy | Complicaciones y otras enfermedades | Nacimientos |
|-----------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|----------|-------------------------------------|---------------|
| Totales | 24,612 | 10,391 | 2,699 | 598 | 5 | 5,078 | 34,382 |
| Hospitales | 21,108 | 8,814 | 2,532 | 593 | 0 | 4,187 | 29,282 |
| Consultorios | 1,042 | 386 | 80 | 0 | 5 | 703 | 1,432 |
| Unidades integrales | 2,423 | 1,173 | 87 | 5 | 0 | 187 | 3,611 |
| Servicios contratados | 39 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1 | 57 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Informe anual de labores 2003*. Guatemala, p. 73.

En cuanto a los servicios dispensados a través de Atención Primaria de Salud —APS—, se reportó la atención de 3,395 partos atendidos por comadrona.

Servicios contratados. Para el año 2003 se reportaron los siguientes servicios contratados y los montos gastados respectivamente:

Cuadro 2.13 Número y costos de los servicios especializados contratados

| Exámenes y/o tratamientos | No. de consultas y/o procedimientos | Costo |
|--|-------------------------------------|----------------------|
| Total | 616,195 | 49,054,294.00 |
| Hemodiálisis/diálisis peritoneal (UNAERC) | 254,081 | 20,835,250.00 |
| Procedimientos cardiovasculares (UNICAR) | 2,236 | 17,083,188.13 |
| Servicios médicos generales y especialidades contratados | 3 | 11,135,856.00 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Informe anual de labores 2003*. Guatemala, p. 90.

Para los fines de este estudio, lo interesante de resaltar de este cuadro es el volumen del monto financiero que se destina a la compra de este tipo de servicio. En cuanto a los costos por consulta de especialista para el año 2003, se reportó:

Cuadro 2.14 Número y costos de los servicios especializados contratados

| Exámenes y/o tratamientos | No. de consultas | Costo |
|-------------------------------------|------------------|---------------------|
| Total | 108,463 | 3,624,095.12 |
| Cardiología | 3,780 | 270,000.00 |
| Ginecología | 9,643 | 395,250.00 |
| Medicina interna | 6,136 | 396,000.00 |
| Médicos de cabecera | 9,324 | 255,000.00 |
| Oftalmología | 12,553 | 690,000.00 |
| Otorrinolaringología | 7,245 | 375,000.00 |
| Medicina preventiva (Suchitepéquez) | 59,748 | 1,229,245.00 |
| Anestesiología | 34 | 13,600.00 |

Fuente: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. *Informe anual de labores 2003*. Guatemala, p. 93.

De servicios contratados para extensión de cobertura en los departamentos de Huehuetenango, Chimaltenango, San Marcos y Jutiapa —todos a partir del mes de mayo—, se reportó un total de 251,415 consultas con un costo de 7,539,082.47 quetzales.

Calidad de la Atención. La calidad de la atención está relacionada con el acceso a la atención, la atención oportuna, la protocolización del servicio —el uso del partograma—, la disponibilidad de los insumos necesarios para la atención, la profesionalización de la atención —se desestima la atención a través de personal comunitario.

En todo caso, las intervenciones que han demostrado ser eficaces en la reducción de la mortalidad materno y neonatal se orientan hacia: a) a la existencia de el acceso a cuidados obstétricos esenciales básicos (COEB), b) existencia y acceso a cuidados obstétricos esenciales integrales (COEI), c) a la asistencia del parto por personal calificado, d) a la calidad y la calidez de la atención, e) al empoderamiento de las mujeres, sus familias y sus comunidades, y f) a asegurar un enfoque multisectorial.⁽³²⁾

Adulto mayor

Demografía. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, según proyecciones de población para el año 2004, habrían 1,405,030 adultos mayores —población de 50 años y más—, que representaron un 11.34% sobre la población total proyectada para ese año de 12,388,861 habitantes.

Morbilidad y mortalidad. En cuanto a la morbilidad y la mortalidad la Unidad del Adulto Mayor del Ministerio de Salud reporta para la población de los adultos mayores los siguientes datos:

Cuadro 2.15 Diez primeras causas de morbilidad en los adultos mayores

| Morbilidad | Mortalidad |
|---|---|
| Infección aguda respiratoria inferiores no especificada | Enfermedades respiratorias |
| Gastritis y duodenitis | La desnutrición |
| Rinofaringitis aguda (resfrío común) | Las enfermedades circulatorias pulmonares y del corazón |
| Artritis | Los accidentes cerebro-vasculares |
| Anemias | Los problemas relacionados a la isquemia del corazón |
| Trastornos del sistema urinario | La diabetes mellitus |
| Amigdalitis aguda | La cirrosis hepática |
| Parasitosis intestinales sin especificación | |
| Trastornos de los tejidos blandos no especificados | |
| Hipertensión esencial o primaria | |

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Morbilidad del adulto mayor 2004. Programa de Enfermedades Crónicas/Unidad del Adulto Mayor. Documento en versión electrónica, p. 1.

Para el año 2003 la mortalidad en el grupo de adultos de 60 años y más es la más alta según grupos de edad, incluso superior al grupo infantil de menores de un año que alcanzó una tasa del 22%.⁽³³⁾

Cuadro 2.16 Mortalidad en los adultos mayores

| Mortalidad | No. de muertes (numerador) | Población (denominador) | Constante | Tasa de mortalidad |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------|--------------------|
| Tasa de mortalidad de 60 años o más | 20,755 | 666,552 | 1000 | 31.14 |

Fuente: tomado de: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004*. Guatemala 2005, documento electrónico, p. 4.

El programa del Adulto Mayor no parece ser una prioridad en la agenda política del Ministerio de Salud. Además, hubo dificultades para obtener la información del programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, a pesar de que la misma fue solicitada por escrito. En cuanto a la compra de servicios especializados de consulta externa que el Seguro Social compra para la atención de esta población están: Cardiología, Ginecología, Medicina Interna, Oftalmología, Otorrinolaringología, Medicina preventiva y Anestesiología.

Respecto de la calidad de la atención dispensada, al momento de la investigación no se conocía de informes sobre la calidad de la atención dispensada. Además, en opinión de los empleados públicos del Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, éste no es prioridad del Ministerio de Salud. En el caso de la Seguridad Social, los problemas generales de calidad relacionados señalados a la atención de pacientes se han relacionado con baja producción global de servicios contratados, exceso en reconsultas, fluctuaciones en el número de consultas dadas, la inasistencia de pacientes a sus citas programadas. Dentro de la información —escasa— obtenida respecto a la calidad de la atención ginecológica, la misma fue asociada a una baja productividad, lo que repercutió en un incremento de 25,00 a 35,23 quetzales en el costo por consulta.⁽³⁴⁾

3. Las nuevas formas administrativas contractuales en la mezcla público-privada para la prestación de servicios de salud, las nuevas condiciones laborales en la prestación de los servicios de salud, y la resolución de conflictos

La mezcla público-privada: Las nuevas formas contractuales

En el caso del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la relación contractual con las ONG para la prestación de servicios a comunidades desatendidas se hace mediante convenio cuyas características más importantes son: a) que guarda una estructura clausular, b) tiene una duración de hasta un año, c) no aparecen las partidas presupuestarias de donde se hacen los desembolsos financieros, y d) la resolución de conflictos es conciliatoria y por el arbitraje.⁽³⁵⁾

En el caso del IGSS existen tres formas contractuales, a saber: a) la contratación de servicios profesionales de médicos privados —por cuotas mensuales de pacientes—, b) la contratación a las entidades públicas y privadas que presten servicios médicos —por procedimiento o tratamiento—; y c) la compra directa de servicios médicos —por procedimiento diagnóstico o terapéutico—.⁽³⁶⁾

Para los primeros dos casos el pago por los mismos está sujeto a las partidas presupuestarias asignadas, y se hace directamente en las unidades que requirieron de los mismos, mientras que en el caso de los servicios de compra directa se rige por lo dispuesto en la Ley de Contrataciones del Estado, y que en el caso del IGSS puede hacerse hasta por un monto de treinta mil quetzales.⁽³⁷⁾

A partir de 1997 el Ministerio de Salud impuso un nuevo modelo de atención en salud denominado Sistema Integral de Atención en

Salud —SIAS—. Para su sustentación se precisaron cambios tanto de orden jurídicos como administrativos, acordes a las orientaciones y a los lineamientos de orden político-ideológico neoliberales.

Para el primer nivel, el que más ha avanzado hasta ahora, se previeron cambios en la forma de administrarlos a la población. Los servicios regulares conocidos hasta ese momento, los puestos de salud, en tanto el primer contacto de la misma con los servicios, a través de los cuales no sólo se dispensaba la atención a la población, dieron paso a una nueva modalidad de prestación a través de organizaciones privadas.

Conocida también como la mezcla público-privada en la prestación de servicios, en la cual el Ministerio de Salud mediante “convenios” con ONG para la administración de fondos públicos, asegura la prestación de un conjunto de servicios básicos a las poblaciones que históricamente han carecido de los mismos.

El PEC contempla un conjunto de servicios básicos de salud que incluye: 1) atención integral a la mujer, 2) Atención integral a la niñez, 3) atención a la demanda por morbilidad y urgencias, 4) promoción y educación para el autocuidado de la salud.⁽³⁸⁾

El Programa de Extensión de Cobertura —PEC— se desarrolla a través de Organizaciones No Gubernamentales —ONG— de diversos tipos denominadas Prestadoras de Servicios de Salud —PSS— y Administradoras de Servicios de Salud —ASS—. Para el año 2003, se había contratado a cincuenta (50) ONG, y se firmaron ciento noventa y cuatro (194) convenios.

Hasta el año 2003, según un informe del Ministerio de Salud, la infraestructura utilizada para la prestación de servicios en el primer nivel representó poco más del 50% de las unidades.

Cuadro 3.1 Infraestructura en el primer nivel de atención

| Tipo de servicio | No. | % |
|-------------------------|--------------|------------|
| Centros de convergencia | 1,244 | 50.36 |
| Puestos de salud | 926 | 37.49 |
| Unidades mínimas | 300 | 12.14 |
| Totales | 2,470 | 100 |

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la salud y su financiamiento. Período 1999-2003. Tercer Informe. Guatemala, 2005, pp. 19.

El convenio. Es el instrumento jurídico que formaliza la relación contractual entre el Ministerio de Salud y la organización que haya sido seleccionada para constituirse en prestadora de servicios de salud bajo Extensión de Cobertura. Su vigencia es por un año calendario y para su renovación se requiere de su certificación, la cual se logra a través de una valoración cuantitativa en lo administrativo-financiero, en la capacitación del personal, y en la producción de servicios materno e infantil.⁽³⁹⁾

Su contenido guarda una estructura clausular y es bastante explícito en los términos de la relación contractual, define a la administración de fondos públicos como el objeto contractual, define derechos y obligaciones entre las partes, el monto a ser administrado, el número de población beneficiaria, la relación laboral entre las partes y las formas de resolución.

Algunos estudios han señalado falencias del PEC en cuanto a mejorar la *cobertura* de los servicios. Las mismas están relacionadas con los retrasos y la reducción de los desembolsos financieros a favor de las prestadoras, esto generó el incumplimiento de los servicios de salud convenidos, continúan los “problemas culturales” de acceso entre los servicios de salud y las comunidades, y algunos programas de salud como el nutricional, están sujetos al subsidio escondido. También se reconoce la mejora en el acceso geográfico a los servicios de salud a través de la PEC, y el acceso físico real de la gente al servicio.⁽⁴⁰⁾

En cuanto a factores que cuestionan la calidad del servicios se han mencionado: la insuficiencia de mecanismos adecuados para regular, asegurar y sancionar la calidad de los servicios públicos y/o privados que se ofrecen, poca atención a las características culturales, de género y territoriales por parte del personal institucional, la oferta homogénea de servicios que no refleja las diversas concepciones de salud coexistentes en la población, la flexibilidad del proceso de selección de prestadoras ligado a factores políticos de partido comprometieron la calidad del servicio, la inexperiencia administrativa y en la prestación de servicios por parte de algunas prestadoras, y la carga de trabajo administrativo y propio de la atención.^(41, 42, 43, 44)

Sin embargo, pese a todo lo antes señalado, el sistema de contratación asegura ciertos mínimos de calidad del servicio contratado a través del proceso de “Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación” —HACYA—. Éste, permite desde la identificación de ONG aplicantes hasta su certificación.

En cuanto al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social la relación contractual se hace también mediante convenios celebrados entre la institución y un prestador que puede ser persona individual o jurídica.⁽⁴⁵⁾ En los servicios contratados guarda también una estructura clausular en donde se recogen la forma de prestación y el pago por servicios, la dispensación de medicamentos, medidas de control y de supervisión, plazo del convenio/contrato, y la resolución de conflictos. El Instituto ha establecido previamente los “precios” del servicio, el número de visitas de procedimientos regulares y de consulta externa, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios, los medicamentos, equipo y materiales, y la capacitación de la familia y el enfermo.

Además, la contratación de servicios profesionales observa una convocatoria pública en la que se especifican los requisitos a ser cumplidos, una entrevista al candidato especialista, visitas a la clínica para acreditación.

Las nuevas condiciones laborales

Como parte del Ministerio de Salud, el Programa de Extensión de Cobertura, como modelo contractual ha generado una dinámica laboral bastante ajustada a los lineamientos neoliberales, en tanto que los trabajadores de la prestadora no son reconocidos como trabajadores del Estado, perdiendo todo derecho laboral al que cualquier trabajador del mismo goza. Suelen tener horario de entrada, pero no se respeta siempre el de salida. Dada la dinámica de marginalidad de muchas de las comunidades en las que laboran y el tipo de terreno en el que realizan su trabajo, existen riesgos a su salud asociados a la violencia y a accidentes. Además, existen muy pocas oportunidades de promoción del capital humano.

Al respecto, un informe reporta “la desprotección laboral del trabajador y la intención de evadir el pasivo laboral, crear condiciones de inestabilidad laboral e impedir la libre organización sindical y del ejercicio del derecho de negociación colectiva”.^(45a)

De acuerdo con lo recogido en un convenio de trabajo entre la prestadora y los trabajadores, se recoge dentro de una estructura clausular muy similar a los contenidos de los convenios-contratos signados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el IGSS. Algunas de las características del contenido del contrato están relacionadas con la duración de menos de un año del contrato, en el caso del personal profesional, su contratación se hace por un monto mensual de dinero por un total de ciento setenta y seis (176) horas mensuales de servicios profesionales, extendiéndose factura cambiaria, sin prestaciones ni siendo considerado como personal del Ministerio, y sin tener derecho a recibir ningún beneficio, pago o subsidio, compensación o prestación fuera de lo estipulado en su contrato.⁽⁴⁶⁾

Condiciones para la Competitividad. En el caso del Ministerio de Salud, con el proceso de HACVA se establecen las bases para la “generación” de la competitividad entre proveedores mediante procesos regulatorios aplicables a las diferentes fases del proceso contractual.

Para el proceso de *Habilitación*, mediante convocatoria pública, la invitación se hace durante la primera quincena de noviembre y la habilitación se hace durante la segunda quincena del mismo mes. En ella se establecen requisitos de identificación de la institución, identificación de áreas geográficas de preferencia para trabajar, aspectos legales, recursos humanos, instalaciones, equipo y mobiliario, y, potencial para realizar funciones de prestación de servicios, educación en salud y poseer una cuenta bancaria institucional. Con esta información, el comprador puede determinar si la prestadora o la administradora puede continuar el proceso o no.

En el proceso de *Adjudicación*, los contratos entran en vigencia el 1 de enero, sólo participan aquellas organizaciones que previamente hayan sido habilitadas, mismas que deben presentar propuestas de “ofertas de servicios”. Se firmará convenio o contrato por un año con aquella prestadora o administradora que haya presentado la mejor oferta de servicios a juicio del Comité Calificador, asignándole una determinada área geográfica, número de población y monto financiero.

La *Certificación* anual se completa al 31 de octubre, la renovación se decide en noviembre y la firma del nuevo contrato se hace en diciembre. Se busca calificar el “cumplimiento de convenio”, de tal manera que se asegure que la prestadora o administradora han cumplido con los compromisos adquiridos en el contrato o convenio.

Con la *Acreditación*, por ser voluntaria será solicitada durante el primer trimestre del año, se quiere asegurar que la prestadora o Administradora “ha brindado un servicio satisfactorio de acuerdo con las normas y tiene la capacidad y recursos necesarios para dar un servicio de calidad.”

En el caso del IGSS el proceso de contratación de “servicios profesionales de médicos privados” consta de tres fases:⁽⁴⁷⁾



CONGCOOP



- ❖ Fase I, que evalúa la experiencia profesional a través del *Curriculum vitae* (treinta puntos),
- ❖ Fase II, que valora el interés potencial y las cualidades personales identificadas durante una entrevista (treinta puntos),
- ❖ Fase III, que determina el acceso y las condiciones mínimas de comodidad y equipamiento de la clínica privada del médico proveedor de los servicios (cuarenta puntos).

Tanto la contratación de “las entidades públicas y privadas que presten servicios médicos”, como la “aplicación de la compra directa en los servicios médicos” están regidas por la Ley de Contrataciones del Estado.

En cuanto al “pago de los servicios contratados”, los servicios profesionales de los médicos contratados están sujetos a las partidas presupuestarias asignadas, un número determinado de pacientes a ser atendidos en un mes calendario, la extensión de factura por cada servicio prestado, y a rendir un informe mensual.

Para “los servicios médicos de las entidades públicas y privadas” contratados, el pago se hará por consulta o procedimiento realizado mediante factura por cada servicio prestado.

4. Escenario comparativo en términos de lo actual y lo potencialmente esperado en el mediano plazo tras la aprobación del TLC

Pacto Internacional en Derechos Económicos, Sociales y Culturales —PIDESC—

En cuanto al cumplimiento del Estado de Guatemala a los compromisos del PIDESC, más bien hay un retroceso. Las medidas adoptadas hasta hoy repercuten de manera negativa en el cumplimiento de tales compromisos en cuanto a asegurar el más alto nivel posible de salud física y mental.

Al analizar los contenidos del artículo 12 de los PIDESC podemos observar varias situaciones. Primero, aún cuando ha sido evidente la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, no debe olvidarse que la acción sobre ellas es prioritaria, goza de una superior asignación presupuestaria de fondos nacionales y de la cooperación internacional respecto de cualquier otro programa, exceptuando al de VIH/SIDA, y los mayores esfuerzos en atención primaria se han centrado en esa dirección.

Segundo, los programas orientados al mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente, han sido descuidados sistemáticamente, a favor del cumplimiento de los primeros.

Tercero, las acciones de prevención y de tratamiento de muchas de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales o de otra índole, se han visto seriamente afectadas por la vigencia de leyes como la de propiedad intelectual ligadas al comercio (como el VIH/SIDA), o ni siquiera gozan de adecuada financiación o consideración (como el Chagas, los problemas de índole laboral, o los problemas crónicos de salud como la diabetes).

Cuarto, aún cuando se han generado las condiciones que mejoran la asistencia médica y la cobertura de los servicios médicos, los mismos no sólo se centran en las prioridades antes mencionadas, sino han sido señalados de no contribuir a la calidad, están sujetos a decisiones políticas del partido en el gobierno, son en buena parte subsidiadas por las ONG que las dispensan, y no se adecuan a las necesidades de la población.

A pesar de que las instituciones públicas de servicios de salud tienen una misión importante que cumplir en la provisión de servicios equitativos, eficientes y de calidad, el sistema de salud no cuenta con los mecanismos que generen estos resultados en la operación cotidiana. Es difícil adscribir al sistema las demandas de los usuarios, en tanto que la prestación de los servicios se hace desde la oferta.

DR CAFTA

De acuerdo con lo acontecido hasta ahora en torno a los procesos administrativos desarrollados tanto en el Ministerio de Salud y el IGSS en torno a los apartados del DR CAFTA presentados acá, hacen suponer lo siguiente:

Respecto a las disposiciones contenidas en los primeros dos artículos antes señalados —contratación pública y comercio transfronterizo de servicios—, las experiencias administrativas empíricas desarrolladas por el IGSS y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social permiten considerarlas como una buena aproximación a lo que se espera que ocurra en torno a la forma contractual y a la participación de proveedores de servicios foráneos en la prestación de servicios a la población guatemalteca:

- ❖ En ese sentido, cabe considerar que con los instrumentos contractuales y administrativos, pese a ser susceptibles de mejora, ya se acreditan a proveedores e infraestructura requeridos para brindar la prestación del servicio, establecer un determinado nivel de calidad de la prestación del servicio y de los procesos adminis-

trativo-financieros desarrollados por los proveedores, estimar la productividad de los proveedores, y determinar el volumen de la producción de procedimientos y/o de tratamientos dispensados. En otras palabras, permiten estimar el impacto en términos de cobertura y calidad de los servicios contratados a terceros.

- ❖ Además, como proceso ha permitido desarrollar una experiencia en la regulación, conducción y evaluación de los procesos de compra de servicios a terceros a través de dos figuras contractuales que se han convertido en los instrumentos que configuran la mezcla público-privada: el contrato y el convenio.
- ❖ También, se han desarrollado experiencias en la formas salariales concertadas con terceros. En ese sentido, aún cuando las disposiciones laborales han significado restricciones a los derechos de los trabajadores —cuando la contractualización se hace con terceros a título individual—, son una buena expresión de lo que podría entrar en contradicción con lo estipulado en los acuerdos del capítulo 16 “Laboral” en donde se considera el respeto de los principios laborales y la protección de los derechos laborales. En ese sentido, a pesar de existir evidencias de serias restricciones a esos derechos en el Programa de Extensión de Cobertura, a la fecha ningún trabajador ha denunciado las restricciones a los mismos, al menos conocida.
- ❖ Hasta ahora considerando lo desarrollado por el Ministerio de Salud y el IGSS en materia de calidad de la atención a los tres grupos de población caracterizados, se ha asociado a la calificación del personal (como el caso de la comadrona en el programa de salud reproductiva) y a su adecuación a las características de la población, y a la ruptura de stock de medicamento en los servicios de salud de la atención primaria, como en el caso del Ministerio de Salud. Lo legislado en materia de propiedad intelectual relacionado a productos farmacéuticos, es un claro ejemplo de lo que los Acuerdos del DR CAFTA permiten. En el caso del IGSS, el problema se asocia al sobreprecio que se ha pagado

durante los últimos dos años por la adquisición de medicamentos sujetos a las disposiciones del Decreto 31-2005.

- ❖ Por su parte, los usuarios de los servicios —la población— suelen dar valor a la presencia de personal médico, la existencia permanente de medicamentos accesibles al momento de la consulta, y la adecuación socio-cultural del personal y de los servicios.

En cuanto al Derechos de Propiedad Intelectual, capítulo 15, ya se ha dejado ver el impacto negativo que tiene, al menos en dos vertientes: en el presupuesto que se destina a la compra de medicamentos, y en el acceso a los mismos.

En el primer caso, la legislación nacional en torno a la propiedad intelectual ha supuesto un ardid técnico exigido por los entes responsables de dictaminar los requisitos exigidos a las empresas farmacéuticas para participar en el contrato abierto, y que ha tenido una repercusión directa en el gasto extraordinario en medicamentos para el IGSS. Tal situación, aún cuando representa una medida administrativa de lo legislado en el Decreto 31-2005 —interpretación más que “cuestionable”—, no supondría ninguna diferencia “interpretativa” diferente para cuando entre en vigencia el DR CAFTA, en tanto que la aplicación del mencionado decreto es en sí misma la aplicación de los acuerdos mismos.

En otras palabras, esas medidas administrativas han supuesto que, en el caso del IGSS, la misma cantidad de medicamentos sea adquirida a casi cuatro veces su valor, debido a la falta de mecanismos competitivos en su adquisición, en el “dudoso” apego e interpretación técnica de la ley (Decreto 31-2005), en favorecer la creación de monopolios, y en la fractura de economías de escala en la adquisición de los mismos, lograda a través del contrato abierto.

En el segundo caso, se ha dificultado el acceso a los medicamentos por parte de las instituciones de salud, en tanto que ha sido

imposible mantener una política de medicamentos que coadyuve a la prestación de servicios en la atención de las necesidades y de los problemas en salud apremiantes de la mayoría de la población guatemalteca.

En ese sentido, la aplicación interpretativa de la legislación, mediante los requisitos del doble asterisco (**), ha supuesto la afectación de un listado de cuarenta y cinco medicamentos para los años 2003-2004 adquiridos por el IGSS, y, de realizarse la compra de medicamentos nuevamente sobre los mismos requisitos representaría hasta un 50% del presupuesto sólo para esos medicamentos. Se ha señalado que el IGSS compra un total de 573 productos farmacéuticos.⁽⁴⁸⁾

En la convocatoria de contrato abierto 2005-2006 el listado de medicamentos afectados por las exclusividades arbitrarias del (**) ascendía a ochenta y seis, lo que supondría más de 400 millones de quetzales de sobreprecio.⁽⁴⁹⁾

En cuanto a la Ley de Propiedad Intelectual vigente en materia de medicamentos, hay dos aspectos que se mezclan a la hora de analizar el comportamiento del acceso a los mismos: uno, lo sancionado en el decreto 31-2005 en torno a los datos de prueba y que por cinco años “extra” protege los productos farmacéuticos patentados, y lo otro, dispuesto durante los últimos tres años por la Junta de Calificación de contrato abierto.

El primer caso tiene que ver con la protección de datos de prueba, y que en el caso de nuestro país se han protegido 30 productos farmacéuticos. El problema central tras la vigencia de esta medida es que el precio de los productos farmacéuticos de uso en los servicios de salud sea alto porque no se disponga de genéricos, y no se genere competencia que afecte los precios.

El segundo caso, tiene relación con las medidas administrativas tomadas por las “Juntas de Calificación” para la adquisición de medicamentos por contrato abierto por parte de los Ministerios de Salud Pública y de Defensa, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social,

y que en los últimos dos años han generado controversia alrededor de los mismos al exigir la presentación de datos sobre la eficacia y la seguridad —acordes a la protección de datos de prueba del DR CAFTA— de los productos farmacéuticos a ser adquiridos mediante el contrato abierto, o que se opte por productos de marca que no tiene genéricos, repercutiendo en “la libre competencia y generando monopolios a favor de las compañías transnacionales y casas comerciales.”⁽⁵⁰⁾

Tales medidas han redundando en un sobreprecio de hasta 83 veces respecto al precio al que se acostumbraba comprar bajo el contrato abierto, convirtiéndose en una compra excesivamente cara para el IGSS, la generación de monopolios, la imposibilidad de generar economías de escala a favor del Estado, la afectación de 200 productos por los requisitos extemporáneos —requisito arrastrado desde la convocatoria del contrato abierto 2003 en el cual se dio exclusividad a 45 productos con doble asterisco de empresas transnacionales— sobre eficacia y seguridad, la afectación y el impacto negativo en la disponibilidad para la población en general, la exclusión de los medicamentos genéricos y genéricos de marca para competir en el contrato abierto, y la violación a la institucionalidad de las reglas de juego entre los actores involucrados.

Además, estimaciones financieras hechas sobre 85 productos farmacéuticos para el contrato 2005 señalan un gasto extraordinario de más de cuatrocientos doce millones de quetzales, si se compara con que para los mismos productos para el año 2004 el precio total de compra fue de 128,214,818 mientras que en el año 2005 ascendería a los 540,878,913 millones de quetzales.⁽⁵¹⁾

En el caso del IGSS las compras realizadas con la aplicación del doble asterisco (**), han afectado a los siguiente productos farmacéuticos que, al ser relacionados con las primeras causas de morbilidad y de mortalidad, no sólo impactan directamente la cobertura de los problemas de salud de la población analizada, sino también el presupuesto de dicha institución destinado a la compra de medicamentos:

Cobertura y calidad

Al apreciar las principales causas de enfermedad y de muerte atendidas en la población estudiada, tanto en la atención primaria como al nivel hospitalario, se puede apreciar que:

- ❖ En el caso de la población neonatal y en los menores de 28 días, las principales causas están ligadas a condiciones del parto y a procesos infecciosos (respiratorios, intestinales, prematuridad, sepsis);
- ❖ En la población menor de un año se aprecian causas relacionadas con procesos infecciosos (respiratorias, intestinales, sepsis), posteriores al parto (prematuridad, aspiración de meconio) y carenciales (desnutrición), principalmente; y,
- ❖ En los menores de cinco años, predominan los problemas infecciosos (respiratorios, intestinales), los parasitarios, los carenciales (desnutrición, anemia) y los no transmisibles (asma bronquial, politraumatismo, hepatitis, dermatitis).
- ❖ En la población de las mujeres en general, se relacionan con problemas infecciosos (respiratorios e intestinales), parasitarios, carenciales (anemia) y otros no transmisibles (abortos, enfermedad péptica, artríticos-lumbálgicos).
- ❖ En la población materna, las causas se asocian a enfermedades infecciosas (respiratorias, intestinales), carenciales (anemia, enfermedad péptica, urinarias, artríticas), por traumatismos, ligadas al embarazo (amenaza de aborto, eclampsia, sepsis puerperal), al parto y puerperio (hemorragia, aborto incompleto, retención de restos placentarios, sepsis);
- ❖ En la población del adulto mayor, las causas se asocian a problemas infecciosos (respiratorios), no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, cerebro-vasculares, circulatorios del corazón, cirróticos, gástricos, artríticos), carenciales (anemia, desnutrición), parasitarios.

Indefectiblemente muchas de ellas requieren de la atención hospitalaria. Al revisar los listados de moléculas protegidas y de compras requeridas por el IGSS (cuadros 1.1 y 1.2, respectivamente), algunos de los productos farmacéuticos que podría utilizarse para atender la demanda se verían afectados.

Asimismo, algunos de los productos farmacéuticos referidos en las normas de atención de primer, segundo y tercer niveles del Ministerio de Salud podrían ser afectados por los precios que actualmente ha estado pagando el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en tanto las compras realizadas quedarán sujetas a la aplicación de los requisitos de seguridad y eficacia a las que hacen alusión doble asterisco (**).⁽⁵²⁾

El problema medular radica en que si el Ministerio de Salud no realiza las compras por contrato abierto, amén al desabastecimiento producto del retraso en la compra de productos farmacéuticos por este procedimiento, las mismas quedarían sujetas a las consideraciones que hasta ahora han avalado las Juntas Calificadoras del IGSS y del Hospital Militar, los otros dos entes que participan en el mismo.

De acuerdo con un documento de OPS/OMS Guatemala, el efecto de la falta del contrato abierto repercute en el presupuesto del Ministerio para la compra de medicamentos.

Cuadro 4.1 diferencias entre precios comerciales y del PROAM/contrato abierto

| Medicamento | Precio comercial | Precio PROAM |
|-------------------------------------|------------------|--------------|
| Acetaminofén, jarabe para la fiebre | Q. 23.45 | Q. 1.86 |
| Amoxicilina, antibiótico esencial | Q. 59.00 | Q. 5.52 |
| Glibenclamida, antidiabético | Q. 5.25 | Q. 0.05 |

Fuente: ops/oms. *Estructuras y procesos de la situación farmacéutica nacional*. Guatemala, 2005, presentación electrónica en power point, diapositiva 12.

Ante el bloqueo del contrato abierto, no sólo se obstaculiza la compra y la economía financiera, sino que el impacto en los presupuestos institucionales resulta más que obvio, negativo.

A manera de ejemplo, el gasto extraordinario realizado por el IGSS puede evidenciarse en el siguiente cuadro en el que confluye una decisión administrativa que no sólo dispone de la discreción para cambiar una determinada presentación de un producto, sino que la misma se ajusta a lo dispuesto en el Decreto 31-2005 respecto de los datos de seguridad y bioequivalencia requeridos para la comercialización, y a la falta de medicamentos genéricos que favorecerían la reducción de precios.

A todas luces, tal decisión ha de favorecer no sólo a la empresa que posea la exclusividad de la comercialización del producto sujeto a compra, sino genera un impacto directo al presupuesto institucional para la compra de productos farmacéuticos.

Cuadro 4.2 Gasto extra por cambios en la lista básica 2005

| Producto | Listado nuevo | Comentario | Cantidad estimada 2001-02 consumo para un año | Precios adjudicados contrato abierto 2002-93 | Total de compra 2002-03 (en Q.) | Cantidades solicitadas para 6 meses según acuerdo excepción abril 2003 | Total de compra para 6 meses según acuerdo excepción abril 2005 | Diferencia de sobre precio en 6 meses |
|--------------|---------------|--|---|--|---------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Fluvastatina | 20mg | Se cambió la presentación de 20mg a la de 40mg. No hay genérico para ésta. El IGSS ha comprado por 10 años la de 20mg. | 2,500,000 | Q. 2.40 | 6,012,500 | 830,640 | 1,997,689.20 | 1,997,689.20 |
| | 40mg | | 2,500,00 | Q. 13.86 | 34,650,000 | 830,640 | 11,512,670.40 | 11,512,670.40 |

Fuente: Cámara de Industria de Guatemala. *Gasto extra por cambios en la lista básica 2005*. Guatemala, 2005, p. 3.

Medidas sanitarias y fitosanitarias, (capítulo 6). La importancia y trascendencia de este acuerdo radica en la exigencia que genera a las autoridades del Ministerio de Salud de atender la movilidad migratoria, mediante acciones de vigilancia epidemiológica y de atención sanitaria, dados los riesgos en términos de incidencia, que conllevan la expansión de enfermedades como la Malaria, la Tuberculosis, el Dengue, y el VIH/SIDA. En ese sentido, lo más evidente han sido las limitaciones que supone la vigencia del Decreto 31-2005 en torno al precio de compra de los medicamentos antirretrovirales que le ha supuesto al IGSS.

Obstáculos técnicos al comercio, (capítulo 7). En lo relativo a este acuerdo, los últimos gobiernos han realizado cambios en la legislación guatemalteca, con el objetivo de eliminar cualquier tipo de obstáculo al comercio. En la misma se puede apreciar la disponibilidad tanto de los órganos del Estado para la adquisición de servicios, que hasta hace poco se consideraban propias del Estado como de entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales. La actual flexibilidad normativa en términos de la mezcla público-privada va de la mano con la merma o “congelación” del avance de los servicios públicos.

Contratación pública, (capítulo 9). Ambas instituciones, Ministerio de Salud e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, han avanzado en esta dirección. El Programa de Extensión de Cobertura, del Sistema Integral de Atención en Salud contrata tanto a administradoras como a prestadoras privadas, para la prestación de servicios en el primer nivel de atención en salud. Para ello ha desarrollado un proceso administrativo sistemático que implica: una convocatoria dirigida a cualquier tipo de ONG, su habilitación al proceso de selección, la adjudicación de jurisdicciones y de fondos para la atención, su certificación para renovar anualmente el convenio, y finaliza con la acreditación de la prestadora o administradora.

En el caso del IGSS, la adquisición de servicios por compra directa se hace mediante cotización, cuando supera un monto financiero determinado, excepto la que hacen algunas de sus unidades médicas —generalmente hospitales—, las cuales pueden comprar hasta por treinta mil quetzales sin previa autorización de la subgerencia en un solo acto y a una misma persona.

En el caso de la contratación de servicios profesionales de médicos privados, y de entidades públicas y privadas, se ha establecido un instructivo que la norma. A través del Departamento de Servicios Contratados aplica una serie de instrumentos que le permiten regir el proceso de contratación, desde la selección y reclutamiento hasta

la acreditación y sanción. Para las entidades públicas y privadas el proceso se rige por la Ley de Contrataciones del Estado.

Comercio transfronterizo de servicios, (capítulo 11). En ambas instituciones los instrumentos normativos administrativos y financieros permiten la mezcla público-privada para la provisión de la atención sanitaria. La compra de servicios médicos y complementarios puede hacerse a profesionales o a entidades públicas y privadas —el caso del IGSS—, o bien, se contrata para la administración de fondos para la prestación de servicios de salud —el caso del PEC del Ministerio de Salud Pública.

En ambas instituciones los mecanismos contractuales no discriminan o limita el acceso, en principio, a la participación de cualquier tipo de oferente. Más bien son figuras estructuradas que regulan la relación contractual. En todo caso, su principal reto con la vigencia del TLC será adecuar algunos criterios a los “requisitos” de trato nacional y/o de nación más favorecida exigidos por el TLC, por ejemplo.

Actualmente el Ministerio de Salud hace efectivo el pago a las prestadoras privadas mediante desembolsos financieros acordados al firmarse los convenios, los cuales se estiman con base en un *per cápita* preestablecido para un monto determinado de población. En el caso del IGSS, el pago por servicios profesionales de servicios médicos generales para la atención de la consulta externa de pacientes afiliados, jubilados, pensionados y beneficiarios para el programa de médico familiar, el contrato se hace sobre “número de pacientes a tratar en el término de un mes calendario”.

En el caso de entidades públicas o privadas, como los de prestación de servicios hospitalarios a pacientes de los servicios de cardiología por la Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala que atiendan por caso, “el pago se hará por consulta o procedimiento realizado”.

Laboral, (capítulo 16). En ambas instituciones las modalidades de contratación no conllevan el goce de los derechos laborales reconocidos por la legislación nacional en materia laboral. en ambos

casos la relación contractual se basa en el pago por servicios profesionales (PECSIAS), por el número de pacientes asignados mensualmente (contrato de servicios médicos profesionales), y por consulta o procedimiento realizado (UNIGAR, UNAERC, p.e.), o por contra facturación, y obviando todo tipo de pago de prestaciones laborales —bonos, aguinaldos, p.e.— y de derechos laborales —vacaciones, seguridad social, p.e..

En el caso del PEC el personal que trabaja en la prestadora, lo hace en condiciones poco satisfactorias e incluso adversas, sin prestaciones laborales ni sociales, ni disfrute de vacaciones —aunque se reconoce que tienen un permiso a finales de año para ‘descanso’—, o de los beneficios de su inscripción en la seguridad social, teniendo que acudir a los servicios públicos del Ministerio de Salud, o a los servicios privados lucrativos cuando se enferman. Dada la modalidad contractual, en ambos casos no es viable la asociación o el de negociación colectiva. Los trabajadores encuentran dificultades para sindicalizarse en tanto que son contratados contrafactura.

En todo caso, las nuevas formas de contratación de personal en ambas modalidades reconocidas hasta ahora —en extensión de cobertura del Ministerio de Salud y la contratación de servicios médicos profesionales en el IGSS— se han venido rigiendo más por los Derechos Civil y/o Mercantil que por el Derecho Laboral, a fin de “desnaturalizar la relación laboral y extraerla del ámbito de aplicación y exigencia de respeto a las garantías laborales mínima e irrenunciables.”⁽⁵³⁾

Solución de controversias (capítulo 20). En el caso del Ministerio de Salud y de acuerdo con los términos del convenio celebrado entre las partes, la resolución de diferendos se hace mediante la vía conciliatoria y si no fuere posible, mediante la vía del arbitraje.

En el caso del IGSS sea la relación contractual con un profesional o con una entidad pública o privada, la resolución de conflictos se resuelve por la conciliación, y de no ser posible, por la vía de lo contencioso administrativo.

Cuadro 4.3 Escenario actual

| Procesos actuales en términos de cobertura | Ministerio de Salud | IGSS |
|---|--|---|
| Modalidades contractuales de mezcla público-privada | 1. Programa de Extensión de Cobertura –PEC- a través de ONG que cubre 3,1 millones de personas (25% de cobertura nacional). 2. Modelo de Gestión y de Atención del Segundo Nivel de Atención. 3. PROHOSPITAL | 1. Contratación de servicios profesionales de médicos privados. 2. Compra de servicios a entidades públicas y privadas que presten servicios médicos. 3. Compra directa de servicios terapéuticos y diagnósticos. |
| Figuras contractuales adoptadas | Convenios | Contratos y convenios |
| Figuras administrativas utilizada para contratación y acreditación | Una serie de instrumentos englobados bajo la normativa Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación (HACYA, hasta el año 2003) | Una serie de instrumentos de evaluación y de acreditación de profesionales e infraestructura. |
| Comentarios | La modalidad que más ha avanzado es la del PEC. Para el segundo y tercer niveles no se ha avanzado tanto en su implementación. Recién se han realizado estudios de viabilidad financiado por organismos financieros internacionales. | Actualmente las modalidades contractuales para la compra de servicios ha ido perfeccionándose, como en el caso de las evaluaciones de productividad de profesionales contratados. |

Dadas las modalidades administrativas de gestión y de provisión de la atención de salud actualmente desarrolladas tanto por el Ministerio de Salud como por el IGSS, obedecen a los lineamientos de las IFI de “...reducir el gasto y las funciones del sector público, y promover la competencia”.⁽⁵⁴⁾ En ese sentido, las mismas coinciden con las modalidades de privatización en la gestión y en la provisión de los servicios —excepto en el financiamiento— desarrolladas en otros países como Chile.

En la gestión, actualmente se contratan servicios a profesionales (cardiólogos, pediatras, ginecobstetras como en el Seguro Social); la gestión del financiamiento (como las administradoras de servicios de salud en el Ministerio de Salud); la gestión hospitalares (los patrimonios en el Ministerio de Salud) entre otras.

En la provisión actual, dentro de la lógica de la privatización neoliberal, se ha contratado al sector privado para la provisión de servicios médicos tanto ambulatorios como hospitalarios para poblaciones específicas (como los derechohabientes en el IGSS); servicios médicos específicos (conjunto de servicios básicos, como en el Ministerio de Salud); servicios técnicos de diagnóstico y terapéuticos (tomografías, laboratorios, hemodiálisis, trasplante renal, o intervenciones cardiacas por parte del IGSS), entre otros.⁽⁵⁵⁾

Estas modalidades de privatización han repercutido en una mayor inequidad, en dificultades en el acceso, en una cuestionable eficiencia, y en el estancamiento o deterioro de los indicadores de salud de la población.

4.4 Escenario a mediano plazo

| Procesos actuales en términos de cobertura | Ministerio de Salud | IGSS |
|--|---|--|
| Modalidades contractuales de mezcla público-privada | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Programa de Extensión de Cobertura —PEC— a través de ONG se mantiene como política de prestación de servicios a comunidades no cubiertas que representan 1,6 millones de personas (13% de la población sin cobertura). 2. Modelo de Gestión y de Atención del Segundo Nivel de Atención, avanza hacia una gestión administrativa privada a través de Administradoras de Servicios de Salud —ASS—. 3. PROHOSPITAL, se consolida la concesión de los hospitales bajo las figuras administrativas de entes privados. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se prevé poca participación contratación de servicios profesionales de médicos privados. 2. En la compra directa de servicios terapéuticos y en la Compra de servicios a entidades públicas y privadas que presten servicios médicos diagnósticos, se prevé una mayor participación de terceros extranjeros considerando que el volumen financiero gastado en ello asciende a más de 49 millones de quetzales. |

| Procesos actuales en términos de cobertura | Ministerio de Salud | IGSS |
|---|--|---|
| Figuras contractuales adpotadas | Se consolida el uso de convenios-contratos | Continuaría el uso de Contratos Administrativos |
| Figuras administrativas utilizada para contratación y acreditación | Aun cuando se han modificado los instrumentos utilizados para habilitar, adjudicar, certificar y acreditar a proveedores, se prevé su fortalecimiento, en tanto que el PEC siga siendo la modalidad de política de prestación de servicios preciada. | Los instrumentos de evaluación y de acreditación de profesionales e infraestructura son susceptibles de mejora. En el caso de terceros extranjeros falta aún por conocer los requisitos que impondrá tanto la Universidad Nacional como los Colegios Profesionales. |
| Comentarios | Dada la modalidad de pago y contractual actual del PEC, no se prevé la afluencia de competidores externos para el primer nivel de atención. Para el segundo y tercer niveles se podría prever que son los espacios donde se podría dar una afluencia mayor de competidores extranjeros, dado el volumen financiero que se asigna a estos niveles, y donde tanto los productos que no generan externalidades susceptibles de comercializarse son mayores, como el peso del gasto en la compra de productos farmacéuticos es importante. | En el caso de IGSS los rubros financieros destinados a la compra de servicios a terceros son un atractivo para casi cualquier inversor. Aún así, la participación de terceros podría realizarse más en los rubros de compra de servicios diagnósticos y terapéuticos, y no tanto en la prestación de servicios tipo consultas médicas profesionales. En todo caso los precios de los servicios comprados son definidos por el comprador (Ministerio de Salud y el IGSS), y no por las reglas del mercado. se exceptúa, claro está, lo sucedido en el tema de productos farmacéuticos. |

Conclusiones

- ❖ Las modalidades administrativas desarrolladas hasta ahora tanto por el Ministerio de Salud Pública como por el IGSS, aún cuando han obedecido a los lineamientos de la reforma del Estado y de la Modernización de la administración pública, “coinciden” con los requerimientos que en materia comercial se exigen para la mezcla público-privada en los Acuerdos del DR CAFTA. Eso no debe parecer raro, si se considera que tanto este Tratado como los cambios sucedidos hasta ahora en las estructuras jurídicas y administrativas obedecen a la misma concepción ideológica económica neoliberal.
- ❖ Las dos figuras contractuales impulsadas dentro de las modalidades administrativas desarrolladas hasta ahora son el convenio y el contrato. En el caso del Ministerio de Salud, la relación contractual se hace mediante convenios con proveedores privados, mientras que en el caso del IGSS por contratos.
- ❖ En materia contractual ya existe un mercado de proveedores de servicios privados desarrollado desde hace unos ocho años, lo que favorece la aplicación de los acuerdos del Tratado. En ese sentido, las modalidades habidas hasta hoy, han permitido que los entes contratantes —Ministerio de Salud e IGSS— hayan adquirido una “experiencia” en la rectoría y la regulación de ese mercado, lo que no se ha traducido, necesariamente, en una mejora de la calidad, la eficiencia y la equidad de los servicios.
- ❖ En el tema laboral, las flexibilidades generadas alrededor de las nuevas formas de contratación de personal van más allá de los derechos y conquistas laborales. Aun cuando en el Tratado se reconoce el respeto a los mismos, la experiencia generada hasta

ahora en torno a derechos y beneficios por parte de los contratados por servicios se orienta en otra dirección: hacia la contractualización individual y la falta de cumplimiento de los acuerdos internacionales en materia laboral-salarial.

- ❖ En términos de la propiedad intelectual ligada al comercio, aun cuando los eventos de contrato abierto para la adquisición de medicamentos se han amparado “supuestamente” en los contenidos del Decreto 31-2005 que sanciona la comercialización de productos farmacéuticos y químicos agrícolas, la tergiversación de los mismos ha supuesto un sobreprecio en su adquisición, y que en el último ejercicio representó para el IGSS un gasto de hasta ochenta veces el precio de algunos productos farmacéuticos. En ese sentido, no se necesita esperar la entrada en vigencia del Tratado para conocer el “impacto negativo” que supone tanto para el presupuesto de medicamentos como para las economías de escala generadas por la competencia entre proveedores de productos farmacéuticos. En este caso, las consecuencias sí son imputables al Tratado, en tanto la legislación nacional, acorde con lo dispuesto en el Tratado, permite discrecionalidades administrativas amparadas a la luz de la protección de los datos de prueba.
- ❖ La exigencia de los datos sobre seguridad y eficacia en el contrato abierto, y los efectos en el presupuesto institucional son las mejores pruebas de lo que la extensión de la protección a los datos de prueba —por cinco años— genera dentro del sector.
- ❖ Para los entes públicos responsables de la protección sanitaria de la población guatemalteca, las evidencias en torno a lo que se ha de regir por el Tratado, ha supuesto serias restricciones de la atención a la salud, en tanto que ahora se gasta más en la adquisición de medicamentos para las poblaciones diana.
- ❖ Al revisar y comparar los perfiles de morbilidad y de mortalidad de los grupos analizados, con el conjunto de moléculas protegidas y con los productos farmacéuticos afectados por el doble asterisco (seguridad y eficacia), se puede apreciar que muchas de las cau-

sas de enfermedad y de muerte de esos grupos están asociadas a varios de los productos con sobrepuestos que el IGSS paga para adquirirlos. Desde ya hay un impacto directo negativo para los presupuestos institucionales, especialmente para el IGSS, al pagarse un sobrepuesto a los productos farmacéuticos. En ese sentido, las medidas adoptadas por las Juntas de Calificación del IGSS no sólo favorecen la creación de monopolios, sino también fracturan la economía de escala a favor del Estado, generada mediante el contrato abierto. Hasta ahora, el Ministerio de Salud no ha podido llevar adelante la compra de productos farmacéuticos mediante este mecanismo.

- ❖ Atendiendo a los elevados números de casos anuales de morbilidad y de mortalidad reportados en las poblaciones materna e infantil y del adulto mayor, tanto en atención primaria como al nivel hospitalario, su impacto es sumamente importante desde el punto de vista de la elevada demanda de productos farmacéuticos que requieren los mismos, y de los montos financieros que la misma acarrea. En ese sentido, en el caso del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, los montos destinados a la compra de servicios médicos profesionales, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos para atender a los derechohabientes resultan sumamente atractivos para algún inversionista.
- ❖ En general, considerando las condiciones en las que se está desarrollando la prestación de los servicios de salud (mezcla público-privada), aquellos servicios ligados a la atención primaria (conjunto de servicios básicos) pareciera que no serán objeto de interés para la inversión dadas la externalidades que generan. Contrariamente, los servicios de segundo y de tercer nivel podrían ser de mayor consideración, dada su potencial característica de comercialización.
- ❖ El marco legal recogido en la legislación nacional permite la participación del sector privado —la comunidad organizada jurídicamente— tanto en la gestión como en la provisión de los

- servicios. En términos de auditoría y de fiscalización sociales, dados los términos contractuales actuales, no es permisible.
- ❖ El impacto del DR CAFTA en materia de medio ambiente vislumbra cambios potencialmente peligrosos en el perfil epidemiológico de morbilidad y de mortalidad poblacionales, dado que podría acentuar las causas de pobreza y de exclusión sociales.
 - ❖ El Estado, hasta ahora, ha sido permisivo en cuanto a la instauración de violaciones al Derecho Laboral, al permitir relaciones laborales que atentan contra los derechos de los trabajadores al negar el cumplimiento de las leyes vigentes en esa materia.
 - ❖ En cuanto al VIH/SIDA, el impacto de las medidas administrativas ligadas a la propiedad intelectual está generando serios problemas de acceso de la población y de cobertura por parte del programa, fundamentalmente debidos a los sobrepagos por los antirretrovirales por las instituciones públicas.
 - ❖ La asistencia médica y la cobertura de los servicios médicos por parte de las instituciones públicas se centra en intervenciones prioritarias en lo materno e infantil, presionando al resto de la población a buscar atención en otros espacios del sector, especialmente en el privado lucrativo o no.
 - ❖ A pesar de que las instituciones públicas de servicios de salud tienen una misión importante que cumplir en la provisión de servicios equitativos, eficientes y de calidad, el sistema de salud no cuenta con los mecanismos que generen estos resultados en la operación cotidiana. Es difícil adscribir al sistema las demandas de los usuarios, en tanto que la prestación de los servicios se hace desde la oferta.
 - ❖ Los efectos del DR CAFTA sobre la morbilidad y la mortalidad infantil, materna y del adulto mayor habrá de analizarse conjuntamente con los impactos de la reforma sectorial y de la situación económica del país. Resulta, por ahora, bastante difícil discernir en qué grado el regresivo de los indicadores sanitarios podría ser

únicamente atribuido al DR CAFTA, o más bien, a la confluencia de ellos. En todo caso los efectos del tratado implican a otros sectores directamente vinculados a las condiciones de vida de millones de guatemaltecos, como en el caso del sector agrícola y la nutrición de estos grupos poblacionales en desventaja con el resto.

Recomendaciones

Es importante mantener la medición de las consecuencias que acarreará la entrada en vigencia del DR CAFTA, en términos de gasto público, en materia de productos farmacéuticos para las entidades públicas que compran mediante contrato abierto, en tanto que el mismo habría sido un instrumento eficiente y efectivo para procurar economías de escala para el país.

Es recomendable profundizar en las implicaciones que conllevará la entrada en vigencia del DR CAFTA para el erario público y en términos de impacto social.

Es importante monitorear la evolución que tendrá la protección de moléculas de productos farmacéuticos y de químicos agrícolas y sus potenciales efectos en el mercado farmacéutico nacional.

Será prudente establecer a cuáles y en qué medida la vigencia del DR CAFTA afectará a los diversos grupos poblacionales.

Aún cuando no formó parte del análisis de este estudio, será prudente monitorear y evaluar el impacto que tendrá en términos de nutrición la afectación de productos químicos agrícolas sujetos a las disposiciones del Decreto 31-2005 y del DR CAFTA.

Bibliografía

1. Congreso de la República de Guatemala. *Decreto N° 31-2005. Aprobación del Tratado de Libre Comercio, República Dominicana, Centroamérica, Estados Unidos de América*. Guatemala, marzo de 2005.
2. Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI).
3. Congreso de la República de Guatemala. *Constitución de la República de Guatemala*. Guatemala, 1985, p. 1.
4. Congreso de la República de Guatemala. *Constitución de la República de Guatemala*. Guatemala, 1985, p. 17.
5. Congreso de la República de Guatemala. *Decreto N° 57-92. Ley de Contrataciones del Estado*. Guatemala, 2001, documento en versión electrónica, pp. 18-21
6. Congreso de la República de Guatemala. *Decreto 114-97, Ley del Organismo Ejecutivo*. Guatemala, 2001, documento en versión electrónica, p. 2.
7. Congreso de la República de Guatemala. *Decreto N° 114-97. Ley del Ejecutivo*. Guatemala, 2001, documento en versión electrónica, p. 15.
8. Congreso de la República de Guatemala. *Iniciativa de Ley que dispone aprobar la Ley General de Concesiones*. Guatemala, 2004, p. 3.
9. Congreso de la República de Guatemala. *Decreto N° 67-95. Ley de Arbitraje*. Guatemala, 1995, documento en versión electrónica, snp.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud. *Listado de moléculas nuevas registradas del año 2003-2005*. Guatemala, mayo de 2005, 2 páginas.

11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social —MSPAS—. Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo gubernativo No. 115-99. Guatemala, 24 de febrero 1999, pp. 15-16.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social —MSPAS—. Habilitación, adjudicación, certificación y acreditación de prestadoras y administradoras de servicios de salud. Guatemala, 2000, documento en versión electrónica, snp.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección General del SIAS -MSPAS/DGSIAS-. Extensión de cobertura con servicios básicos de salud en el primer nivel de atención a través de ONG prestadoras y administradoras de servicios de salud. Guatemala, 2002, documento electrónico, diapositiva 38.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (a). Convenio para la prestación de servicios básicos de salud. Convenio 2001. Guatemala s/f, documento mimeografiado, pp. 3-4.
15. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Acuerdo N° 24/99, Instructivo que norma la contratación de servicios médicos privados y su operatividad. Guatemala, noviembre de 1999, 16 páginas.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala población por años calendario. Proyecciones de población para distritos de salud. Guatemala 2005, documento en versión electrónica.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, pp. 3, 4, 12, 13.
18. Plática sostenida con el jefe del Programa Nacional de Salud Reproductiva, agosto de 2005.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Proyección de población para distritos de salud. s/f. Documento en versión electrónica.

20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000. Informe final. Guatemala, marzo 2003, p. 33.
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva. Informe Final. Línea basal de mortalidad materna par el año 2000. Guatemala, 2003, p. 24.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de Vigilancia Epidemiológica 2004. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, pp. 426-427.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva. Informe Final. Línea basal de mortalidad materna par el año 2000. Guatemala, 2003, p. 30.
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva. Informe Final. Línea basal de mortalidad materna par el año 2000. Guatemala, 2003, pp. 29-30.
25. Congreso de la República de Guatemala. Decreto Legislativo número 90-97. Código de Salud y su reforma. Guatemala, versión electrónica, p. 30.
26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de vigilancia epidemiológica 2004. Guatemala 2005, documento electrónico, p. 421.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación de la salud y su financiamiento. Período 1999-2003. Tercer Informe. Guatemala, 2005, pp. 11, 19, 20.
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Segundo Nivel de Atención. Guatemala, s/f, documento mimeografiado, snp.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de vigilancia epidemiológica 2004. Guatemala 2005, documento electrónico, p. 430.
30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Recuperación de Costos. Guatemala, 2000, documento mimeografiado, snp.

31. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Informe anual de labores 2003. Guatemala, pp. 50, 66, 72, 87, 93.
32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008. Guatemala, s/f [b], pp. 5-6.
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de vigilancia epidemiológica 2004. Total de país. Guatemala 2005, documento electrónico, p. 4.
34. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [d]. Análisis de la producción de médicos contratados 2001. Guatemala, s/f, 26 páginas.
35. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [a]. Convenio para la prestación de servicios básicos de salud. Convenio 2001. Guatemala s/f, documento mimeografiado.
36. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Acuerdo N° 24/99, Instructivo que norma la contratación de servicios médicos privados y su operatividad. Guatemala, noviembre de 1999, 16 páginas.
37. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Acuerdo N° 17/2002. Modificación al artículo 1 del acuerdo 7/2002 del 20 de febrero de 2002 “compra directa”. Guatemala, mayo de 2002, 2 páginas.
38. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Oferta técnica y financiera para prestación o administración de Servicios Básicos de Salud en Extensión de Cobertura. Términos de Referencia 2005. Sistema Integral de Atención en Salud/Unidad de Provisión de Servicios de 1er. Nivel de Atención. Guatemala, 2004, p. 5-9.
39. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Convenio para la prestación de servicios básicos de salud. Convenio 2001. Guatemala s/f, documento mimeografiado.

40. Instancia Nacional de Salud. *Monitoreo del Derecho a la Salud en el marco de la reforma del sector salud en Guatemala*. Guatemala, 2003, Magna Terra editores, p. 51.
41. Instancia Nacional de Salud /Proyecto CAPUBPRIV-UE ICA4CT-2001-10011 -INS/CAPUBPRIV- (b). Entrevista a informante clave 6. Guatemala, 2003, documento transcrito, pp. 3-4. Personal que ha estado ligado al monitoreo de prestadoras en lo administrativo-financiero.
42. Instancia Nacional de Salud /Proyecto CAPUBPRIV-UE ICA4CT-2001-10011 (a). Entrevista a informante clave 5. Guatemala, 2003, documento transcrito, p. 3. Involucrado en los inicios de la implantación del modelo de prestación de servicios en el primer nivel de atención en salud con prestadoras privadas y, posteriormente a la supervisión al nivel de un área de salud.
43. Instancia Nacional de Salud /Proyecto CAPUBPRIV-UE ICA4CT-2001-10011 (d). Entrevista a informante clave 3. Guatemala, 2003, documento transcrito, p. 2. Ligada a la supervisión de prestadora al nivel de un área de salud.
44. Instancia Nacional de Salud/Proyecto CAPUBPRIV-UE ICA4CT-2001-10011 (a). Entrevista a grupo focal (EBS) 1. Guatemala, 2004, documento transcrito, pp. 2-3.
45. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Convenio celebrado entre la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación de servicios médico hospitalarios a pacientes o afiliados con derecho al régimen de seguridad social. Guatemala, s/f, 15 páginas.
46. ASODEC. Contratación de servicios a profesionales y técnicos para la prestación de servicios básicos de salud en el marco del Sistema Integral de Atención en Salud. Guatemala, s/f, 3 páginas.

47. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Instructivo que norma la contratación de servicios médicos privados y su operatividad. Acuerdo N° 24/99. Guatemala, 1999, 16 páginas.
48. Procuraduría de los Derechos Humanos. Resultado de la investigación sobre la violación del derecho a la salud de la población guatemalteca en general por autoridades del Estado de Guatemala. Resolución del expediente EXP.EIO.GUA 442-2004/DES. Guatemala, 2005, 7 páginas.
49. Gremial de Fabricantes de Productos Farmacéuticos. Comunicado de prensa. Guatemala, s/f, documento mimeografiado de 9 páginas que incluye 8 en presentación power point.
50. Gremial de Fabricantes de Productos Farmacéuticos. Contrato abierto nuevamente en peligro. Gobierno de la GANA incapaz de garantizar transparencia en la licitación. Desabastecimiento inminente de no tomarse medidas correctivas. Guatemala, s/f, 8 páginas.
51. Gremial de Fabricantes de Productos Farmacéuticos. Comunicado de prensa. Guatemala, s/f, documento mimeografiado de 9 páginas que incluye 8 en presentación power point.
52. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Manual de referencia par la aplicación de las Normas de atención*. Tomos de primer, segundo y tercer niveles de atención. Guatemala, 2004.
53. Comisión Nacional para el seguimiento y apoyo al fortalecimiento de justicia/Organización Internacional del Trabajo. La Justicia Laboral: un desafío para Guatemala. Guatemala, 2003, p. 112.
54. Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. Documento en versión electrónica, smd, p. 6.
55. Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. Documento en versión electrónica, smd, pp. 4-5.



CONGCOOP

Coordinación de Ong y Cooperativas



DR-CAFTA:
Riesgos en el ámbito de la educación en
Guatemala

I. Presentación

Una apreciación rápida y descuidada del texto del Tratado de Libre Comercio -TLC- entre República Dominicana, Estados Unidos y Centro América, conocido como RD-CAFTA, podría concluir en no detectar la relación que existe entre dicho tratado y la educación en sus dimensiones de política pública y de derecho universal.

El TLC a través de sus diferentes secciones, pocas veces hace mención o referencia a la educación o a aspectos relacionados con ésta. Pero un análisis detenido puede hacer aflorar las profundas implicaciones que tiene sobre la educación.

En este trabajo se hace un análisis precisamente de las implicaciones que el TLC tendrá para la educación de Guatemala, especialmente plasmados como “riesgos” que la educación corre frente al contexto que produce el Tratado y el contexto de la globalización en el que éste se concretará.

Es necesario hacer notar que se están entendiendo como riesgos aquellos aspectos que pueden afectar el acceso, el tipo y la calidad de la educación. Es muy importante reconocer que no se trata de aseveraciones ideológicas, sino esencialmente de riesgos que se corren y que finalmente la experiencia podrá determinar qué tan reales son y qué tanto afectan la educación.

En este documento se parte de entender la educación como un derecho humano, distanciando esta concepción de otra que la define como un servicio entre otros. Es a partir de ahí que se formulan los análisis y se identifican los riesgos.

Este trabajo inicia con un rápido marco contextual que ubica algunos de los principales elementos de la realidad educativa de Guatemala, antes de la entrada en vigencia del TLC. El propósito es

resaltar algunos de los principales problemas que el sistema tiene y sobre todo mostrar las iniquidades prevalecientes.

En la segunda parte, se pasa a la identificación y análisis de los riesgos para la educación. Aquí se han identificado seis riesgos principales que sin ser los únicos, ni pretender que su análisis sea concluyente, se ponen sobre la mesa para alimentar las reflexiones y el debate en torno a ellos.

Existen pocos referentes que documenten las experiencias que la educación ha experimentado en otros países que han vivido procesos similares, pero es evidente que poco a poco se ha venido alimentando un debate en torno a este tema, especialmente en América Latina, a partir de los avances de los tratados comerciales y particularmente del CAFTA, que a su vez es un promotor del ALCA.

Este trabajo pretende aportar a la búsqueda de elementos de juicio, para valorar en su justa dimensión los efectos del TLC sobre la educación de Guatemala y a partir de ello iluminar análisis similares en el resto de países de la región.

II. La situación educativa de Guatemala antes de la entrada en vigencia del TLC

1. La exclusión concentrada en los indígenas y en el área rural

La prioridad de la política educativa durante la última década ha sido la ampliación de la cobertura en educación primaria.¹ Durante el presente período de gobierno se ha trazado la meta de alcanzar al 100% de la cobertura en primaria (tasa neta), lo cual se puede considerar una meta lograble, si se considera el ritmo de crecimiento que la misma tasa ha mostrado los últimos años. También se han realizado esfuerzos en la preprimaria, cuyas tasas de cobertura son todavía muy bajas. Sin embargo, esto ha implicado prácticamente un abandono de la educación media o secundaria por parte del Estado, lo que se ha traducido en un factor de exclusión para la población rural (que no puede hacer más que la primaria) y en la privatización de la secundaria.

La siguiente tabla muestra claramente cómo es la situación de cobertura educativa en porcentajes nacionales:

| | Preprimaria | | Primaria | | Básico | | Diversificado | |
|------------|-------------|------|----------|------|--------|------|---------------|------|
| | 2000 | 2003 | 2000 | 2003 | 2000 | 2003 | 2000 | 2003 |
| Tasa neta | 37 | 44 | 84 | 89 | 24 | 29 | 15 | 17 |
| Tasa bruta | 51 | 55 | 104 | 109 | 41 | 50 | 21 | 25 |

Fuente: MINEDUC. Anuarios Estadísticos 2000 y 2003

Al momento de realizar este estudio las estadísticas oficiales más recientes corresponden al año 2003.

¹ En Guatemala la educación primaria es la más extendida. Abarca a la niñez de 7 a 12 años deseablemente, pero atiende aún a niños de 14 años que ingresaron tarde a la escuela o que han debido repetir grados.

1.1 El PRONADE puesto como opción única

La estrategia principal para impulsar la educación primaria ha sido por medio de la creación del Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE), cuya modalidad es cuestionable. No obstante ha sido la principal estrategia de los últimos tres gobiernos —incluido el actual— para extender la cobertura educativa. Se trata de un programa basado en la modalidad del EDUCO salvadoreño y apoyado fuertemente por el Banco Mundial.

Durante el 2003 el PRONADE atendió a un total de 328,271 alumnos en la primaria, su principal campo de acción, que equivale a un 15.1% de los 2.163,760 que hacen el total de alumnos inscritos en ese nivel y a un 17.1% del 1.896,336 niños que en ese nivel atiende el sector público. Todos los alumnos del PRONADE están en el área rural.

A continuación un análisis crítico del PRONADE realizado por PRODESSA en una publicación conjunta con la Coordinación de ONG y Cooperativas (CONGCOOP) y la Instancias Nacional de Salud (INS)² en coordinación con InterAction de Estados Unidos, sobre la intervención de los organismos financieros internacionales en las políticas de Guatemala.

Análisis crítico e implicaciones del PRONADE:

Se deben reconocer algunos aspectos positivos que el PRONADE ha implementado en la educación nacional. Particularmente vale la pena mencionar que facilita la coincidencia cultural y lingüística entre los alumnos y los maestros, el aumento significativo de la cobertura educativa y que en un principio las comunidades podían elegir a la ISE que les brindaría su acompañamiento...

... Sin embargo, los riesgos y consecuencias que el modelo está teniendo en relación con el derecho a la educación, la calidad educativa, la participación comunitaria, la flexibilización laboral

² PRODESSA, CONGCOOP E INS. Educación, salud, tierra: hacia soluciones en el espíritu de los Acuerdos de Paz. 2004.

y el traslado de costos permiten argumentar que el PRONADE está reproduciendo y formalizando las inequidades y la exclusión además de producir un sistema paralelo al regular.

A continuación se argumenta brevemente con base en cada uno de estos elementos.

❖ El derecho a la educación

Mientras que la Constitución Política de Guatemala reconoce la educación pública como un derecho humano, cuya responsabilidad de garantizarlo es del Estado, la Ley del Organismo Ejecutivo y los lineamientos del PRONADE contravienen la Constitución, pues por un lado excluyen de dicho derecho a quienes supuestamente “puedan pagar por la educación” y por otro, trasladan parte de las responsabilidades y costos del Estado a comunidades pobres y a entidades privadas. Otro elemento inequitativo es que existe un condicionamiento diferente respecto a la educación en el área rural en comparación con en el área urbana, pues en esta última no es obligatorio que los padres de familia se organicen para hacerse cargo de la administración escolar.

❖ La calidad de la educación

Respecto a la calidad educativa, según el Informe de Resultados del Programa Nacional de Evaluación del Rendimiento Escolar (PRONERE),³ para el año 2000, las escuelas que mostraron el peor rendimiento escolar fueron las de DIBEBI (Dirección General de Educación Bilingüe) y las de PRONADE. Por otro lado, MINUGUA en su Informe de Verificación de los Acuerdos de Paz del año 2001 señaló que: “La ampliación de cobertura educativa se llevó a cabo mediante el Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo que contiene pocos elementos de educación bilingüe e intercultural”.⁴ El PRONADE tiene poca relación con la

³ PRONERE, Programa Nacional de Evaluación del Rendimiento Escolar. Universidad del Valle de Guatemala. Informe 2000.

⁴ MINUGUA, Informe de Verificación: Los Pueblos Indígena de Guatemala: la superación de la discriminación en el marco de los Acuerdos de Paz, septiembre de 2001.

Dirección General de Educación Bilingüe e Intercultural (DIGEBI),⁵ dependencia del Ministerio de Educación a cargo de impulsar la educación bilingüe e intercultural, a pesar de estar cubriendo áreas rurales y con población mayoritariamente indígena.⁶

Otro factor determinante en la calidad es que las escuelas de PRONADE son generalmente de un solo maestro para todos los grados, lo cual hace imposible un adecuado proceso de aprendizaje si se toma en cuenta que las/los maestros no están formados adecuadamente para ello. Además, todavía se observan muchos casos en los que los responsables del trabajo docente no son maestros sino promotores educativos o personas con otro tipo de formación técnica (bachilleres, secretarias, etc.).

❖ La participación comunitaria

Una participación comunitaria efectiva debe entenderse como aquella que contempla la participación en la toma de decisiones, así como en la planificación y control de los servicios educativos. El enfoque de participación del PRONADE es fundamentalmente instrumental. De la misma manera que las comunidades no fueron consultadas al inicio, para conocer su opinión sobre los contenidos y las formas que adoptaría el PRONADE, la participación comunitaria se reduce casi exclusivamente a cumplir con las actividades y roles que les fueron asignados para fines de ejecución de las actividades administrativas.

❖ La flexibilización laboral

En cuanto a la flexibilización laboral, en el PRONADE son dos las expresiones de dicha flexibilización, la primera es el régimen de contratación temporal, con el cual se va introduciendo o reforzando el principio de pago por servicios y todo lo que sale de la oferta mínima, pues cualquier otra necesidad, deberá considerarse como “bien privado”. Para el caso de los maestros que

⁵ PRODESSA, 2001.

⁶ PRODESSA, 2002. *Op cit.*

trabajan dentro del sistema PRONADE, su situación laboral está determinada por un contrato de prestación de servicios. En ese sentido, no gozan de los mismos servicios de previsión social ni las prestaciones de los maestros que ocupan una plaza dentro del sistema regular oficial. Los maestros no tienen estabilidad laboral, pues en cualquier momento pueden ser removidos de su cargo, para lo cual basta con la aprobación del COEDUCA. La duración del contrato de trabajo no puede exceder los doce meses aunque puede ser renovado.

Dentro de los criterios para elegir maestros y promotores para las escuelas, el PRONADE ha puesto como requisito que no pasen de los 40 años de edad en el caso de los maestros y de 30 en el caso de los promotores, no obstante todo ello queda a criterio de los COEDUCAS. Los contratos de trabajo están preelaborados. Los términos del mismo no son negociables. En este caso el maestro interesado en trabajar debe ceñirse a aquello que los contratos tienen estipulado, de lo contrario no son contratados. Bajo este marco, no es posible ningún tipo de afiliación gremial o sindical, pues no existe nexo legal con otros maestros ni con el Ministerio de Educación.

El segundo mecanismo, que podría considerarse como el grado máximo de flexibilización laboral es la dependencia que tiene el modelo PRONADE del trabajo voluntario, pues mucho de lo que se espera como resultado, depende en gran medida de trabajo no retribuido de parte de las comunidades. Adicionalmente, el trabajo voluntario también representa un mecanismo de traslado de costos debido al costo de oportunidad de las personas que brindan su tiempo a las labores de la administración educativa.

❖ El traslado de costos

En la medida que el Estado rehuye a las que tradicionalmente han sido sus responsabilidades sociales, en esa misma medida las comunidades deben asumir las cargas que representa mantener activa la escuela comunitaria. Principalmente se pueden mencionar

como mecanismos de traslado de costos el trabajo voluntario de los COEDUCAS, los aportes físicos mayores (terreno, materiales de construcción, etc.) y las contribuciones económicas.

En un sondeo con padres de familia e integrantes de COEDUCAS realizado por PRODESSA en comunidades del Ixcán, Quiché, y 4 de Barillas, Huehuetenango, se obtuvo información sobre el traslado de costos en torno a 3 aspectos: 1) cuotas por inscripción y contribuciones económicas adicionales, 2) costos indirectos o trabajos complementarios a la labor del COEDUCA y 3) costo de oportunidad por trabajo voluntario no remunerado del COEDUCA.

1) Las cuotas por inscripción oscilan entre 2 y 5 quetzales. Otras contribuciones para actividades especiales o reparaciones de la escuela que son aleatorias y oscilan, por persona, entre 1 y 10 quetzales por vez.

2) Gastos de desplazamiento para la realización de trámites de cobro en el banco y presentación de informes y planillas a la ISE. O bien, aportaciones en trabajo (preparación de las refacciones, chapear, reparaciones...) o en especie (provisión de leña o insumos para la refacción) que son adicionales o complementarias a la labor del COEDUCA.

3) Los principales trabajos del COEDUCA son: construcción de las instalaciones provisionales de la escuela, aporte de mano de obra para la construcción del edificio formal de la escuela, el control de la puntualidad de los maestros, supervisar la labor de los maestros en sus clases, contribuir al mantenimiento de las instalaciones, convocar y asistir a reuniones informativas, garantizar el pago de los maestros, elaborar proyectos para el mejoramiento de la escuela.

Estas tareas significan la siguiente inversión de tiempo: 6 días al año para compra de la refacción escolar y realización de trámites, 6 días de capacitación al año, 3 reuniones anuales de padres de

familia, de medio día cada una y entre 5 a 7 horas semanales de presencia en la escuela.⁷

En conclusión, el PRONADE es un modelo de bajo rendimiento, según lo expresó el estudio cuasiexperimental realizado por el mismo PRONADE en 1999. Tampoco ha logrado los éxitos deseados en temas como la enseñanza bilingüe, la interculturalidad y el género. A la baja calidad educativa se le suman: el traslado de costos a la comunidad y un mayor costo por alumno atendido que aplicado en miles de alumnos representa un gasto significativamente más alto.

Por otro lado, PRONADE se ha constituido no sólo como un programa de apoyo al sistema educativo sino como un sistema paralelo al oficial. La existencia de dos sistemas educativos afecta la elevación de la calidad educativa y genera inequidades en la atención educativa a las y los alumnos.

1.2 Las/los indígenas con menos oportunidades

Los niños indígenas en el nivel primario —hasta 2003— sumaron un total de 754,483, de los cuales 723,736 —que hacen un 95.9%— están en el sector público. Lo anterior indica que la educación pública es casi la única accesible para la población indígena mayoritariamente en situación de pobreza y muchas veces asentada en el área rural. Menos del 5% de los indígenas que están en primaria están en el sector privado.

Mientras tanto en la preprimaria⁸ de un total de 399,842 niños en todos los sectores, 319,247 están en el sector oficial y representan un 79.8%. En ese mismo nivel sólo 130,365 son indígenas (32.6%) y de ellos 125,341 (96.1%) están en el sector público.

⁷ PRODESA, 2001. *Op cit.*

⁸ La preprimaria atiende a niños de 4 a 6 años, aunque en el área rural muchas veces se ha limitado a los niños de 6 años.

PRONADE también atiende al nivel preprimario pero hasta hoy las estadísticas oficiales no muestran la separación entre los alumnos que este programa cubre y los que atiende el sistema público regular.

La relación en cuanto a géneros se ha venido equilibrando a lo largo de los últimos años. Programas como el de Becas para las Niñas parecen haber producido un efecto de concientización de los padres de familia sobre la importancia de enviarlas a la escuela.

En términos de la inscripción inicial (2003) las niñas en la primaria representaron el 47.4% y los niños el 52.6%. Mientras que al final del año escolar (septiembre) no obstante que por diversas razones se habían retirado 49,648 niñas, éstas seguían siendo el 47.5% de la matrícula.

Esta misma relación con datos del 2003, en la preprimaria presenta los siguientes datos: Al inicio del año escolar (enero) las niñas representaron el 49.5% y los niños en 50.5%. Al final del año escolar las niñas eran 50.4%, aunque a lo largo del ciclo 9,437 niñas habían abandonado la escuela por diversas razones.

Por otra parte, las oportunidades de acceso a la educación formal para la juventud son muy escasas, especialmente para la juventud rural. La educación secundaria presenta niveles alarmantes de desatención. Una rápida exploración a esta situación muestra los siguientes datos relevantes:

En el ciclo básico⁹ la cobertura total del sistema educativo alcanza a un total de 444,345 jóvenes (29% tasa neta y 50% tasa bruta). De ellos sólo el 21.8% está en el área rural contra un 78.2% del área urbana. El sector público sólo atiende al 27.5% de la población escolar en ese nivel.

En el ciclo diversificado¹⁰ la cobertura total del sistema educativo alcanza a un total de 210,225 jóvenes (17% tasa neta y 25% tasa bru-

⁹ El ciclo básico atiende a los jóvenes de 13 a 15 años. Consta de tres años.

¹⁰ El ciclo diversificado está formado por dos o tres años y es también el preuniversitario. Atiende a jóvenes entre 16 y 18 años o más.

ta). De ellos sólo el 4.8% está en el área rural contra un 95.2% del área urbana. El sector público sólo atiende al 21.9% de los jóvenes estudiando en el sistema. Más aún, la población rural atendida en este nivel por el sector público es apenas el 1.1%, lo cual muestra la tremenda debilidad del Estado para ofrecer educación a la población rural, más allá de la primaria.

2. El problema de los recursos limitados

2.1. Inversión pública en educación

Cuando se habla de inversión pública en educación casi se podría equiparar con la inversión que el gobierno realiza en el sistema educativo, puesto que las inversiones realizadas por otras instituciones del Estado en educación son esfuerzos distanciados de la política educativa y pocas veces logran impactar de manera conjunta.

En cualquier caso a continuación se muestra la inversión pública en educación:

Sector educación
En millones de quetzales

| | Ejecutado 2004 | % | Presupuestado 2005 | % |
|---|----------------|-------|--------------------|-------|
| Total función educación | 5,334.7 | 100% | 6,447.7 | 100% |
| Ministerio de Educación | 3,963.9 | 74.3% | 4,612.3 | 71.5% |
| Otros ministerios y dependencias del Estado | 1,370.8 | 25.7% | 1,835.4 | 28.5% |

Fuente: Construcción propia con datos del Ministerio de Finanzas Públicas.

Como se puede ver el mayor porcentaje, casi tres cuartas partes, corresponde al Ministerio de Educación que tiene a su cargo el sistema educativo. Los otros rubros relativamente significativos corresponden al Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, que hasta 2004 ha estado a cargo del programa de alimentos escolares. Sin embargo, este rubro ha sido trasladado al Ministerio de Educación a partir del 2005, lo cual hace que la inversión en el ministerio citado quede al mismo nivel que las otras dependencias. Por otra

parte también es significativa la asignación a las obligaciones del Estado a Cargo del Tesoro, que incluye la inversión de los fondos sociales y en donde se ubica la construcción y reparación de edificios escolares sumamente modestos y muchas veces precarios que en definitiva no llenan las características deseables para un proceso de aprendizaje.

2.2. Distribución del presupuesto en el sistema educativo

Al analizar la distribución interna del presupuesto del Ministerio de Educación se encuentra que el nivel que recibe la mayor cantidad de presupuesto es el primario y se puede notar cómo otros niveles quedan con muy escaso financiamiento, lo cual explica los bajos índices que se presentaron anteriormente, especialmente en la secundaria.

Asignación presupuestaria directa a los programas básicos del Ministerio de Educación 2005

| Programas | % |
|-----------------------------------|-------|
| Preprimaria | 8.6 |
| Primaria | 67.1 |
| Básico | 7.4 |
| Diversificado | 4.2 |
| Extraescolar | 0.6 |
| Alfabetización | 1.7 |
| Partidas no asignables a programa | 0.006 |
| Actividades comunes y centrales* | 10.4 |
| Total | 100% |

* Este rubro incluye las actividades técnicas que son comunes a varios o todos los programas, así como las actividades de las dependencias centrales.

Fuente: Construcción propia con información del Ministerio de Finanzas Públicas.

Mientras tanto, haciendo una distribución del presupuesto en los grandes rubros de inversión que utiliza el sistema educativo, se puede mostrar lo siguiente:

Distribución general del presupuesto por grupo de gasto 2005

| Concepto general | % |
|---|------|
| Servicios personales | 46.7 |
| Servicios no personales | 17.5 |
| Materiales y suministros | 10.8 |
| Propiedad, planta, equipo e intangibles | 10.9 |
| Transferencias corrientes* | 13.9 |
| Asignaciones globales | 0.16 |
| Total | 100 |

* Incluye transferencias que se realizan a otras instituciones para la realización de procesos educativos formales.

Fuente: Construcción propia con datos del Ministerio de Finanzas Públicas.

Con este presupuesto en el sistema educativo, cuyos mayores rubros están destinados al pago de servicios de personal, el margen de maniobra es demasiado poco para la autoridad educativa. El ritmo de crecimiento del presupuesto es sumamente lento y las perspectivas de lograr mejores resultados son muy escasas considerando las limitaciones que impone la baja asignación, que no obstante ser una de las más altas en el presupuesto general de la nación es sumamente baja frente a los retos de la educación en el país y comparativamente hablando con el resto de países latinoamericanos.

La relación de la inversión en educación (sistema educativo) con el Producto Interno Bruto ha sido como se presenta a continuación:

Relación del presupuesto del sistema educativo con el producto interno bruto (PIB)

| Año | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| MINEDUC/PIB* | 1.2% | 1.4% | 1.6% | 1.7% | 1.6% | 1.6% | 1.6% | 1.9% | 2.0% |

* PIB a precios corrientes.

Fuente: CNPRE. 2004.

Como se puede ver, en la última década las asignaciones presupuestarias para el sistema educativo no han conseguido superar la barrera del 2%. En el período 1997-2000 se observó un crecimiento interesante que se estancó en el período 2001-2003. A partir de 2004

ha logrado un ascenso visible. Pero las perspectivas no son alentadoras tomando como base la pobre tasa impositiva que prevalece en Guatemala, que durante los últimos años ha rondado el 10%, y las pocas expectativas de lograr en el corto plazo una variación significativa a dicha tasa.

2.3. La ejecución actual

Un reciente informe producido por CIDH/CONGCOOP como parte del trabajo de monitoreo del presupuesto en educación contiene el siguiente cuadro:

Ministerio de Educación

| Ejecución de gastos a junio de 2005 | | | | | | |
|---|------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|------|
| Programas | Asignado | Modificado | Vigente | Devengado | Saldo | % |
| Actividades centrales | 307,546,499.00 | -37,636,584.00 | 253,782,914.00 | 103,490,546.51 | 150,292,367.49 | 40.8 |
| Actividades comunes a los programas 11/12 | 51,814,983.00 | -976,612.00 | 50,838,371.00 | 17,577,147.23 | 33,261,227.77 | 34.6 |
| Actividades comunes a los programas 12/13/14 | 82,786,476.00 | -18,165,035.00 | 64,621,441.00 | 20,924,930.11 | 43,696,510.89 | 32.4 |
| Actividades comunes a los programas 11/12/13/14 | 37,213,094.00 | -4,391,256.00 | 32,821,838.00 | 13,026,985.07 | 19,794,852.93 | 39.7 |
| Educación preprimaria | 396,997,941.00 | 6,440,620.00 | 403,438,561.00 | 139,955,539.51 | 263,483,021.49 | 35.7 |
| Educación primaria | 3,093,060,231.00 | 3,179,915.00 | 3,096,240,146.00 | 1,339,129,873.43 | 1,757,110,272.57 | 43.2 |
| Educación básica | 340,470,895.00 | 19,716,244.00 | 360,187,139.00 | 146,669,620.70 | 213,517,518.30 | 40.7 |
| Educación diversificada | 194,239,944.00 | 2,198,382.00 | 196,438,326.00 | 68,144,320.18 | 128,294,005.82 | 34.7 |
| Educación extraescolar | 27,411,043.00 | -691,163.00 | 26,719,880.00 | 7,172,012.57 | 19,547,867.43 | 26.8 |
| Alfabetización | 76,816,549.00 | 424,180.00 | 77,240,729.00 | 42,475,048.07 | 34,765,680.93 | 55.0 |
| Educación inicial | 387,800.00 | 9,611,096.00 | 9,998,896.00 | 3,411,284.90 | 6,587,611.10 | 34.1 |
| Partidas no asignables a programas | 3,610,000.00 | 0 | 3,610,000.00 | 1,328,506.82 | 2,281,493.18 | 36.8 |
| Total MINEDUC | 4,612,355,455.00 | -20,290,213.00 | 4,575,938,241.00 | 1,903,305,815.10 | 2,672,632,425.90 | 41.6 |

Fuente: CIDH/CONGCOOP. Derechos económicos, sociales y culturales. Tercer informe. Junio 2005. Elaboración con información del SICOM. Junio de 2005.

El mismo informe establece entre sus principales conclusiones las siguientes:

- ❖ “La capacidad de gasto del Ministerio de Educación apenas ha mejorado dos puntos porcentuales respecto del año pasado, lo que evidencia estatismo, si tomamos en cuenta el crecimiento de la demanda educativa.
- ❖ El principal rasgo del desenvolvimiento del actual presupuesto del MINEDUC es en cuanto a las modificaciones internas, las cuáles han implicado el debilitamiento de importantes programas de mayor alcance social, en beneficio especialmente de la Dirección Superior. Además son evidentes la falta de planificación, la incapacidad de gasto, la discriminación en las modificaciones presupuestarias y los recortes abruptos.
- ❖ Los programas complementarios de becas, alimentación, apoyo de material didáctico, útiles escolares y libros de texto, son los más débiles e ineficientes. Se observan más como una reserva financiera para recortar en el transcurso del año, que un verdadero apoyo al proceso educativo.
- ❖ A pesar que se mantiene un incremento sostenido al presupuesto general del MINEDUC, la mediocre planificación incide directamente en que queden sin ejecutar a fines del año millonarias sumas. Ya se ha anunciado que para el año 2006 el MINEDUC tendrá un incremento de Q600 millones y sin embargo aún no se conoce qué programas se fortalecerán y bajo qué justificaciones”. (CIDH/ CONGCOOP. Derechos económicos, sociales y culturales. Tercer informe. Junio 2005).

3. El problema de la calidad

A lo anterior debe sumarse el problema de la mala calidad que ofrece el sistema, recientemente patentizado y puesto en la mesa de discusión por las evaluaciones de ingreso a la universidad que han arrojado resultados frustrantes.

Y es que el modelo educativo está basado aún en una concepción bancaria y limitada a la mera transmisión de conocimientos, que ha mostrado ser sumamente pobre.

Algunos esfuerzos se han producido, vale la pena mencionar por ejemplo, la creación de nuevos currículos nacionales producidos por la reforma educativa que está en marcha y en los cuales se busca actualizar el concepto y la práctica pedagógica.

Un factor clave en este problema es la formación de maestros. La práctica cotidiana es demasiado rutinaria y apegada al traslado de información generalmente inoportuna y descontextualizada. Los maestros recién egresados son generalmente absorbidos por la tradición y fácilmente se acomodan a la mera labor de “dar clases” sin reconocer la relevancia de procesos tales como el desarrollo de habilidades, destrezas y potenciales que los alumnos poseen.

Una mirada más detenida sobre varios de los componentes centrales de la calidad educativa nos puede hacer notar lo siguiente:

- ❖ *Modalidad excluyente.* La modalidad única que ofrece el sistema no corresponde a las posibilidades de la mayoría de la población, por lo tanto empuja a la deserción, es excluyente. Los calendarios escolares siguen hasta hoy siendo homogéneos para todo el país y en muchos casos resulta contrario a las necesidades de producción agrícola y de desplazamiento de muchas familias.
- ❖ *Proceso antidemocrático.* El proceso educativo es vertical, autoritario y antidemocrático (el maestro manda, el alumno obedece). No se ofrecen espacios para la participación activa y el diálogo, y no se favorece el desarrollo de la cultura democrática.
- ❖ *Sistema desvinculado del trabajo y del desarrollo.* Hay un divorcio metodológico entre teoría y práctica, entre el trabajo manual y el intelectual, y en definitiva entre la educación y el desarrollo. El sistema educativo actual es verbalista, memorístico y extremadamente libresco, está desvinculado del trabajo, de la vida de las comunidades, de la producción y del desarrollo. Esta

ausencia de lo técnico productivo en el proceso educativo, sumada a otros aspectos, hace que la función del sistema educativo como factor de desarrollo sea casi inexistente.

- ❖ *Materiales inapropiados.* A pesar de los esfuerzos recientes sobre esta materia, aún hoy la mayoría están desvinculados de la realidad del país y particularmente de las regiones. Algunos contienen aspectos y enfoques discriminatorios y distorsionadores de la realidad. Su contenido es poco científico y de casi ninguna utilidad social. En general, carecen de un tratamiento pedagógico que los haga adecuados al propósito educativo. La gravedad de este problema radica en que el hecho educativo gira alrededor de estos textos.
- ❖ *Contenidos inadecuados.* Los contenidos educativos son ajenos y contrarios a las culturas de los pueblos guatemaltecos. Los pueblos indígenas principalmente, son sometidos dentro del sistema educativo a un proceso de alienación cultural, especialmente a través del uso del idioma español, imponiéndoseles formas de pensamiento y de comportamiento que lesionan sus identidades. Ocurre dentro del sistema educativo, un proceso de etnocidio cultural. No obstante que la reforma educativa ha creado nuevos currículos nacionales, el paso de los documentos a la transformación del proceso educativo en las aulas está siendo demasiado lento y algunas veces inadecuado. En los últimos años también se han realizado esfuerzos, incluso gubernamentales, para potenciar el desarrollo de la educación bilingüe intercultural, pero todavía son insuficientes y muy pequeños si se los compara con la problemática que debe enfrentar.
- ❖ *Metodología obsoleta.* La metodología es culturalmente inadecuada, pedagógicamente obsoleta porque es repetitiva y memorística y porque desarrolla muy poco las habilidades, destrezas y valores necesarios para la construcción del modelo de sociedad expresado en los Acuerdos de Paz: vida en democracia, cultura de paz, unidad en la diversidad y desarrollo sostenible para toda

la población. Por otra parte, las evaluaciones realizadas recientemente tanto por la Universidad de San Carlos como por el Ministerio de Educación, muestran altos niveles de fracaso en cuanto a la calidad de la educación que el sistema está ofreciendo.

- ❖ *Formación de antivalores.* Contrariamente a lo requerido por la sociedad, el sistema educativo forma actitudes como: individualismo, indiferencia social, sumisión, autoritarismo, verticalidad, acriticidad, miedo a la participación, ningún interés investigativo o propositivo, etc.
- ❖ *Formación tradicional de educadores.* Una de las causas de la situación del proceso educativo radica en que a los maestros se les ha formado como transmisores de conocimientos, como preservadores del orden y la disciplina, y como reproductores del sistema social. Además, no cuentan con medios técnicos adecuados para mejorar la calidad de su trabajo. Materiales educativos, equipo, capacitación apropiada, etc. En estos momentos se desarrolla un debate en el ámbito educativo del país con relación a la forma en que debe ser reformada la formación de maestros. Muchos se inclinan por trasladar esta formación a la universidad, pero la idea también tiene desventajas. En los próximos meses se deberá conocer lo que finalmente suceda al respecto.

En síntesis, la educación que se ofrece en la actualidad no está sirviendo para la formación de ciudadanos claros de sus derechos y deberes, tampoco para la formación de valores de convivencia social e intercultural y tampoco para formar fuerza laboral capaz de insertarse en los procesos productivos o de iniciar los propios individual o colectivamente.

Esto supone un reto muy grande. Hay esfuerzos en marcha, tanto desde el Gobierno como desde la sociedad civil, no siempre coincidentes, pero que al final tropiezan con una serie de limitaciones que pasan desde la falta de recursos hasta la falta de voluntad política.

En este contexto se produce la entrada en vigencia del TLC. No es un escenario alentador y en ese sentido obliga a la realización de transformaciones profundas. El dilema es qué transformaciones y dirigidas hacia qué intereses.

No es sorpresa que el sector privado del país tenga mucho interés en apoyar la educación, lógicamente desde su propia perspectiva, pues evidentemente en este aspecto está en una clara desventaja en relación con otros países, particularmente en cuanto al potencial productivo en relación con la baja calificación de los trabajadores.

Este es un sector que está ejerciendo una presión y que previsiblemente la ejercerá más a manera de encontrar en las políticas educativas una respuesta deseable para enfrentar el nuevo contexto de competencia internacional.

III. El TLC como amenaza en el ámbito de la educación

El Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, República Dominicana y Centro América, como instrumento de la globalización neoliberal que paulatinamente se consolida en Guatemala representa esencialmente un dinamizador de los procesos de transformación de la política pública, orientada bajo los preceptos de ampliación de espacios para el mercado en la misma medida que se reduce el espectro de acción del Estado.

En general, en el plano de los “servicios”, se puede decir que lo que el TLC produce es esencialmente una aceleración de los procesos de reforma del Estado a favor de la ampliación de márgenes de maniobra para la comercialización de los servicios que alguna vez estuvieron en manos de los aparatos estatales. No es en realidad una experiencia nueva, pero sí más acelerada y más ambiciosa que imprime un nuevo marco en el cual el mercado avanza imponiendo su lógica a la sociedad.

El TLC no es sino un conjunto de posibilidades que poco a poco se irán concretando, éstas pueden ser oportunidades aunque también riesgos, que deben leerse a la luz del contexto político, económico y social en que se desenvuelve el país.

Aunque a riesgo de equivocarse, no es difícil prever que los resultados de la aplicación de este acuerdo serán muy probablemente negativos, que las oportunidades resultarán las menos y que previsiblemente estarán concentradas en los sectores de poder económico que son los únicos que en realidad tendrán oportunidad de ver mejores resultados en sus negocios.

A partir de ello un conjunto de riesgos se ciernen sobre varios sectores de la política pública, mismos que pueden concretarse más tarde o más temprano pero que están allí.

Este análisis explora precisamente los riesgos que el sector educación enfrenta a partir de la aprobación y próxima entrada en vigencia de TLC, pretendiendo basarse en una lectura crítica de la realidad nacional y particularmente en las tendencias que la educación ha presentado durante la última década lo cual se complementa con el análisis también crítico de los contenidos del TLC y la base ideológica que lo sustenta (OMC y particularmente el GATS) que se refieren de manera directa e indirecta a la educación.

A continuación, aquellos aspectos relevantes del análisis en torno a los riesgos que enfrenta la educación en el marco del TLC.

1. Primer riesgo:

La conveniente reducción de la educación a la categoría de servicio

Ha sido común encontrar en diversos documentos producidos desde una visión económica la inclusión de la educación en la categoría de servicios, como efectivamente sucede en el TLC. Es inevitable mencionar que la base que inspira y fundamenta este abordaje se encuentra esencialmente en el Acuerdo General de Comercialización de Servicios —GATS— creado al amparo de la Organización Mundial de Comercio —OMC—.

Aunque el TLC es más limitado a la hora de referirse, al menos de forma explícita, a la educación como un servicio, se apoya en el GATS para poner el tema en contexto. El GATS efectivamente se refiere a la educación como un servicio y lo trata como otros, es decir, susceptible de ser comercializado.

Posiblemente para fines netamente de administración pública puede aceptarse tal clasificación, pero en un contexto político no puede desligarse la educación de su dimensión fundamental como

lo es la de derecho humano, por lo tanto universal, por lo tanto gratuita y por lo tanto exigible.

La diferencia está mucho más allá de una mera clasificación didáctica. La dimensión de derecho humano implica inmediatamente dos imperativos:

- a) La universalidad: nadie puede ser legalmente excluido de ella, y
- b) La obligatoriedad del Estado de proveerla sin ningún costo y con la pertinencia correspondiente.

Por el contrario, la limitada interpretación de la educación como servicio implica que:

- a) Puede o no ser accesible a todos, pues como servicio está limitado por determinadas condiciones (capacidad del proveedor —Estado—, factores adversos que dificultan su expansión y otros), y
- b) Como servicio, todos sus componentes pueden ser objeto de comercialización bajo la lógica de mercado. Y aun más,
- c) La educación pública puede ser cargada por costos directos e indirectos que se justifican en la medida que el proveedor no está en condiciones de suministrarla totalmente.

En el texto de TIC aparece claramente identificada la educación como un servicio, sin hacer ningún tipo de alusión a su carácter de derecho humano, y por lo tanto remarcar la imperiosa necesidad de atenderla como tal.

Esto indica en forma tácita que la educación está siendo vista sólo como un instrumento que cobra importancia cuando se pone al servicio de la economía, haciéndole perder o al menos disminuir su sentido de formadora de personas y sociedades integrales.

Si bien no se puede negar la fuerte implicación que necesariamente la educación puede tener para con el desarrollo económico

de un país, también es cierto que limitarla a sólo este aspecto resulta sumamente pobre.

En el contexto del TIC en cuestión, es evidente que prevalece un enfoque reducido de la educación, lo que afirma la tendencia a ver ésta, apenas como un factor que contribuye al desarrollo productivo y comercial.

No merecería esto tanta relevancia si no fuera porque se trata de la corriente de pensamiento dominante en las esferas del poder formal y real del país y porque como tal, se está transmitiendo al conjunto de la sociedad como la opción verdadera y a veces como la única, lo que produce un impacto y la población termina aceptando ese concepto.

La comercialización expresada en el plano de la educación puede encontrar importantes focos para el lucro. Algunos de ellos ya están funcionando y podrían aspirar a perfeccionarse como la producción de libros de texto, la compra de insumos y materiales educativos, la compra de alimentos escolares (sea a nivel nacional como a nivel local). Pero también se pueden abrir otros que aún no están funcionando como la evaluación y certificación de los centros educativos, la capacitación pedagógica y la adquisición de equipo tecnológico, entre otros, sin olvidar el espacio que representa la educación privada buena parte de la cual funciona con carácter lucrativo.

La educación vista como un servicio se acomoda al modelo dominante de la economía global y tiene un papel clave que jugar, tal como se aborda en el punto siguiente.

2. Segundo riesgo:

El contexto económico nacional, impactado por la aprobación del TLC, empuja hacia un estilo particular de reforma educativa

Es consenso nacional que la educación ha marchado por el camino equivocado, que no responde a la realidad y a las necesidades individuales ni sociales. Incluso, buena parte de los esfuerzos públicos (y publicitarios) de la administración gubernamental del sector se han dirigido a mostrar cuán profundos son los problemas prevalentes y de esa manera a enfatizar en los cambios que desde su perspectiva hay que impulsar.

En general se puede decir que la llegada del TLC obliga a realizar cambios en la forma de entender la política educativa y de tomar decisiones claves buscando responder a las nuevas exigencias. En esa lógica algunos énfasis obligados son:

- ❖ Ampliar la cobertura del sistema educativo hasta lograr su universalización en los niveles iniciales y ampliar la cobertura, aunque sin llegar a la totalidad, de la educación secundaria. Esta acción responde a una necesidad muy clara que el sector productivo del país enfrenta y que tiene que ver ni más ni menos que con la competitividad que el país puede ofrecer.
- ❖ En consecuencia de lo anterior, debe haber una mayor inversión de recursos en el sector educativo, no sólo en el sistema, de manera que esto dé condiciones para expandir la cobertura. Este aspecto en lo particular está influido en sentido contrario por la política gubernamental de no incremento a la carga tributaria, lo que hace que los aumentos presupuestarios sean limitados, hasta ahora, sin lograr un salto significativo en relación con la evolución que se ha mostrado durante los últimos diez años.
- ❖ Imprimir transformaciones dirigidas a la elevación de la calidad y a la búsqueda de mejores resultados que puedan competir en el contexto regional. Este aspecto es también muy importante

para la búsqueda de la competitividad que el aparato productivo demanda cada vez con más fuerza al sistema educativo.

Otros aspectos podrían mencionarse, pero de alguna manera serán abordados en las siguientes partes de este análisis. Pero la pregunta clave es:

¿Qué tipo de reforma educativa es la que este contexto impone y qué riesgos hay en ella?

Esencialmente se trata de una reforma determinada por el modelo productivo y que está forzada a dar respuestas a las demandas que éste le plantea. Así se definen como referentes claves dentro de ese modelo:

- a. La formación para la competitividad
- b. La formación de valores vinculados con la competitividad, entre ellos:
 - ❖ Prestigiar la iniciativa productiva,
 - ❖ Estimular el interés individual como motor positivo de transformación,
 - ❖ Premiar la iniciativa privada,
 - ❖ Premiar la eficiencia y la eficacia, la mayor ganancia con la menor inversión,
 - ❖ Estimular la toma de riesgos, y otros
- c. La focalización de la intervención estatal:
 - ❖ Primaria completa,
 - ❖ Introducción de la tecnología,
 - ❖ Rectoría del sistema y del sector,
- d. Validar el concepto de subsidiariedad como forma de delimitar los ámbitos de intervención del Estado y diferenciarlos de aquellos

que requieren de otro tipo de intervención (mixta, multifinanciera, etc.)

- e. Modernizar el aparato administrativo, haciéndolo más eficiente y menos voluminoso.

Como se puede notar, los componentes citados arriba no pueden calificarse por sí mismos como inadecuados o innecesarios. Muchos de ellos son aspectos que efectivamente la educación necesita y deben estar recogidos en una reforma sectorial.

Pero hay esencialmente un riesgo principal en todo esto, es la sobre valoración de la perspectiva económica y productiva que convierta la educación en apenas un instrumento a su servicio. Dicho en otras palabras, orientada prioritariamente por este enfoque economicista se atenta contra la integralidad propia de la educación. Pone en riesgo el proceso educativo en sí, entendiéndolo éste como un proceso formativo y no solamente instructivo.

La educación, de suyo integral, debe reconocer en su justa dimensión otros componentes esenciales como la formación de la ciudadanía y la formación humanística, que no pueden ser considerados menos que la formación para el trabajo y la productividad.

Si bien el escenario creado por el TIC y sus repercusiones, no niegan explícitamente el carácter integral de la educación, es bien claro que trata de poner un énfasis en el enfoque economicista y productivo lo que crea el riesgo de instrumentalizar al sistema educativo (en todas sus modalidades y niveles, incluyendo el superior) y convertirlo en un mero aparato al servicio de la economía o peor aún, al servicio de quienes dominan la economía.

3. Tercer riesgo:

La estandarización que niega la diversidad cultural y lingüística

Uno de los aspectos más sensibles en la educación durante los últimos años ha sido el reconocimiento de la diversidad cultural y lingüística del país y la reconversión de la educación formal que haga transitar a ésta de un enfoque culturalmente asimilista a uno de inclusión y respeto a la diversidad, más aún en búsqueda de la interculturalidad.

Este aspecto que eventualmente ha venido logrando algunos avances está directamente amenazado por la tendencia a la estandarización que invalida las diferencias naturales, para fijarse en aspectos comunes (conocimientos y desarrollo de capacidades) que se convierten en los referentes principales del proceso educativo.

No se puede negar la importancia que determinados estándares pueden tener para la búsqueda de mejor calidad educativa, pero tampoco se puede negar el riesgo que esto implica para la búsqueda de reconocimiento a la diversidad de identidades culturales.

La estandarización es una corriente ya establecida. A principios de la presente década, por ejemplo, se establecieron estándares educativos centroamericanos, los cuales poco a poco son asumidos por los sistemas educativos de los países de la región. Evidentemente, estos estándares representan un paso preparatorio a las demandas de las nuevas condiciones generadas con el TLC.

Por su parte el TLC impulsa esta tendencia concretamente al afirmar la necesidad de establecer mecanismos para el reconocimiento de las calidades y licencias para la práctica de ejercicios profesionales. Lógicamente a partir de las necesidades que las nuevas circunstancias comerciales que el mismo tratado establece, se hace necesaria la prestación de servicios profesionales que deben ser reconocidos por los sistemas regulatorios de esta materia en los diferentes países. Al respecto el TLC define la realización de reconoci-



CONGCOOP



mientos de licencias o certificados o bien el reconocimiento y la armonización de pensums de estudios. En el anexo once del Tratado se puede leer: “Las partes alentarán a los organismos pertinentes en sus respectivos territorios a elaborar normas y criterios, mutuamente aceptables, para el otorgamiento de licencias y certificados a proveedores de servicios profesionales, así como a presentar a la Comisión recomendaciones sobre su reconocimiento mutuo” (TLC. Anexo 11-9, título: Servicios profesionales).

Obviamente no se hace una alusión directa al tema, pero es también muy claro que la dirección que indica el texto del TLC es hacia la homogenización de bases educativas, previsiblemente a través de estándares que faciliten tal homogenización y que por lo tanto reduzca las diferencias curriculares que actualmente persisten.

Aunque no se pueden descalificar las iniciativas públicas o desde la sociedad civil a favor de la educación multicultural, es muy claro que la tendencia en la cual se adscribe el TLC es precisamente en la de establecer parámetros comunes para la educación de los países firmantes del tratado, especialmente los de la región centroamericana y caribeña, lo que facilitaría el desarrollo del mismo pero que a la vez pasaría por encima de la naturaleza multicultural y plurilingüe que caracteriza a Guatemala.

De tal manera que en forma indirecta, el TLC está impulsando la uniformidad educativa y esto no puede entenderse de otra forma que no sea como una amenaza para la diversidad cultural y particularmente para las identidades culturales indígenas, que ya no sólo se verán amenazadas por la occidentalización tradicionalmente afianzada en el sistema educativo, sino también por la presión que los compromisos del tratado comercial ejercerán sobre la educación como formadora de recurso humano que responda apropiadamente a las demandas de las condiciones comerciales.

Se debe entender que esta previsible situación no ocurrirá en forma espontánea ni sencilla. Es previsible que para adaptar el sistema educativo nacional a las exigencias que plantea el Tratado y

sobre todo la lógica comercial transnacional, se requerirá de reformas dirigidas desde el Estado. Muy probablemente estas reformas resultarán contrarias a los procesos de inclusión y respeto a la identidad.

Mientras los Acuerdos de Paz por su parte definen la importancia y necesidad que el sistema educativo responda a la diversidad cultural nacional y promueva la inclusión de las visiones indígenas en el sistema educativo como una forma de reconocer y valorar la diversidad cultural, la tendencia comercial plantea un proceso diferente en la medida que orienta hacia la estandarización que necesariamente implicará restar prioridad a los enfoques de multiculturalidad.

Los idiomas indígenas en la práctica corren el riesgo de no ser utilizados más que para el proceso de castellanización. Hasta hoy, el uso de los idiomas indígenas en el sistema oficial no ha logrado ir más allá del nivel primario y en muchos casos sólo hasta tercer grado. De las más de 16,000 escuelas del país sólo 3,800 trabajan en forma bilingüe castellano-idioma indígena en algunos grados (MINEDUC. Revitalización de la EBI, 2005).

Bajo el marco que fija el TLC no será posible el desarrollo de la educación bilingüe intercultural, más allá de la primaria y previsiblemente continuará sin dar el paso hacia la secundaria. Por esta razón, si existe la voluntad política del gobierno, tal como ha sido declarada, de impulsar la valoración de las identidades culturales y de fortalecer el desarrollo del bilingüismo nacional y la interculturalidad, hacen falta acciones internas más contundentes que contrarresten la tendencia que el contexto comercial está estableciendo. Es decir, debe haber esfuerzos muy claros a nivel nacional para evitar que los temores que en este apartado se expresan se conviertan en realidad.

Es bien claro que no se trata de una decisión explícita que se plantee en el TLC, pero sí que es un efecto indirecto que generará la presión de éste por hacer que el país “avance” hacia la estandariza-

ción internacional en la cual los idiomas indígenas y la valoración de las culturas no tienen cabida.

4. Cuarto riesgo:

Prestigiar la idea de la comercialización de la educación

Un elemento muy importante es el interés por prestigiar la idea de comercializar con la educación. Son pocos los que reconocen que la actividad educativa puede ser lucrativa, tanto por medio de la prestación de servicios de apoyo como también por el suministro de insumos, así como por la prestación de la educación misma.

Socialmente aún no es suficientemente aceptada la idea de lucrar con la educación y es posible que eso produzca ciertas inconformidades en aquellos que querrían hacerlo de manera más abierta y clara.

En el fondo, y no puede señalarse únicamente al TIC en este aspecto, lo que se está empujando es la idea que comercializar la educación no tiene nada de malo, ni legal ni éticamente. Esto pretendería estimular el avance de la tendencia a la privatización por varias vías y concretamente contribuiría a fortalecer la cultura de inversión y búsqueda de ganancia en el ámbito de la educación.

Una potencial expresión de esta situación sería, por ejemplo, la liberalización de las cuotas de colegiaturas que se cobran en instituciones educativas privadas, que hasta hoy son controladas por el Estado, así como la eliminación de los controles que existen sobre la venta de productos y servicios que las mismas instituciones educativas realizan.

Pero más que esto, en el fondo el punto central está en acabar con el rechazo social que aún prevalece ante la comercialización de la educación y la reducción de ésta a la categoría de mercancía.

5. Quinto riesgo:

La amenaza del estancamiento del financiamiento público para la educación

El TLC apuesta porque la apertura comercial pactada provocará un mayor crecimiento de la economía nacional y por lo tanto una mayor recaudación tributaria, que incluso compense los recursos que el Estado dejará de percibir por los conceptos arancelarios que comenzarán a desaparecer. Sin embargo, no existe certeza que esto será efectivamente de esa manera, ni de en cuánto tiempo la tendencia del aumento de los ingresos del Estado será mayor que cuando se cobraban los aranceles.

Como en todo ámbito comercial, existe el riesgo de no lograr las metas previstas y de producir una baja en los recursos que son captados por el Estado, lo que influiría de manera decisiva en las asignaciones presupuestarias futuras para el área social.

En ese sentido, la educación, al igual que otros rubros sociales de la administración pública, corre el riesgo de no lograr los ingresos necesarios para mantener un ritmo de crecimiento sostenido que respalde la ampliación y la mejora cualitativa que el sistema educativo necesita.

Guatemala ha estado tradicionalmente entre los países que menos invierten en la región en su sistema educativo. Una relación del financiamiento educativo expresado como porcentaje del producto interno bruto (PIB) es la siguiente:

Relación del presupuesto del sistema educativo con el Producto Interno Bruto (PIB)

| Año | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| MINEDUC/PIB* | 1.2% | 1.4% | 1.6% | 1.7% | 1.6% | 1.6% | 1.6% | 1.9% | 2.0% |

* PIB a precios corrientes.

Fuente: CNPRE



CONGCOOP



Como se puede notar, el crecimiento ha sido muy limitado cada año, pero aún este ritmo tan discreto de crecimiento presupuestario está poniéndose en riesgo en caso que los resultados productivos del TLC no sean como los ha previsto el gobierno.

Tal caso sería dramático en cuanto que provocaría un estancamiento en el ritmo de inversión pública en educación, lo que potenciaría aún más algunos fenómenos como el incremento de la oferta de servicios privados de educación y la necesidad de asumir por parte de los padres de familia los costos por medio de diversas alternativas como la de las cooperativas (institutos por cooperativa) que ofrecen una respuesta ante la falta de atención pública gratuita. El sector cooperativo cubre hoy más de la quinta parte de la atención educativa del ciclo básico. Casi la mitad es cubierta por el sector privado y sólo poco más de la cuarta parte por el sector público (MINEDUC. Anuario estadístico).

Otros fenómenos como el incremento de las cuotas y contribuciones que se pagan en la educación pública serían profundizados y continuaría incrementándose la política de traslado de costos hacia la población. Un sondeo preliminar realizado por PRODESSA en el año 2003 en varias regiones del país, muestra que cada familia está invirtiendo mensualmente entre el 5 y el 10% de sus ingresos en pago de contribuciones y cuotas en escuelas públicas de nivel primario. Cuotas más altas son cobradas en los institutos oficiales de secundaria.

Evidentemente que tal situación produciría efectos muy negativos en el sector educativo, que terminarían afectando a la población de edad escolar y a sus familias, que de nuevo tendrían que optar entre asumir los costos o dejar a sus hijos al margen del sistema, como hoy sucede con muchos cientos de miles de niños y jóvenes.

Pero vale mencionar que esto es nada más una posibilidad que no se puede dar por totalmente cierta hasta no comprobar en la práctica lo que sucederá con las finanzas del Estado cuando se comiencen a sentir los principales efectos económicos del TLC.

6. Sexto riesgo: El fantasma de la privatización

Todo este análisis no puede concluir sin hacer mención de la permanente presencia de la amenaza de la privatización gradual y paulatina de la educación.

No es que el TLC haga alusión directa a este asunto, sino más bien que no es difícil imaginar que un mayor desarrollo de la lógica de la globalización estaría mejor acompañada de una prestación de “servicios públicos” plenamente basada en las reglas del mercado.

No se puede ignorar el conjunto de sucesos que llevan a pensar que más allá de lo que ahora se avanza con el TLC en materia de transformación de la prestación de servicios, lo que existe es una corriente que de manera gradual pero constante está llevando a reformar la educación por la vía del desplazamiento del rol del Estado. Algunos indicios para esto son:

- ❖ El abandono de la cobertura educativa por parte del Estado en la secundaria, el sector público atiende sólo el 27.5% de los estudiantes del ciclo básico y nada más el 21.9% de los estudiantes de diversificado (MINEDUC. Anuario estadístico 2003).
- ❖ El establecimiento y la validación de la flexibilización laboral en el sistema educativo, de los casi 84,000 maestros pagados por el Estado, más de un tercio están contratados por no más de un año y deben renovar contrato anualmente (aproximadamente 15,000 son por contrato y aproximadamente 14,000 pertenecen a PRONADE) sin mencionar que este estilo de contratación les impide gozar de los derechos laborales adquiridos por su gremio. Todo esto constituye además una flagrante burla a la legislación laboral del país.
- ❖ El establecimiento de cuotas y contribuciones que se han convertido en una fuente de sostenimiento de las escuelas e institutos públicos, especialmente en los rubros de mantenimiento y alimentos (complemento de las refacciones).

- ❖ El desarrollo y la expansión de modalidades educativas basadas en el traslado de costos hacia la población más pobre, especialmente el caso de PRONADE, cuyo crecimiento ha seguido siendo acelerado, en 2005 atiende a más de 4,000 escuelas que hacen más de la cuarta parte de las que forman el sistema educativo en los niveles preprimario y primario y cuya modalidad se está extendiendo a la secundaria. En esta modalidad educativa los padres de familia organizados en comités educativos (COEDUCAS) debe asumir roles patronales frente a los maestros, encargarse de la administración de las escuelas y casi siempre procurar la infraestructura de las escuelas, entre otras cosas.

Estos y otros elementos no pueden dejar de plantear la pregunta en torno a si la educación está efectivamente en camino a la privatización lenta y por etapas, pero privatización al fin.

No existen razones para dejar de fijarse en este asunto y sí muchas para observar con detenimiento el desarrollo de la educación cuyo escenario ahora será impactado por las nuevas condiciones que genera la ratificación del TLC.

IV. A manera de conclusiones

El análisis realizado a los textos del TLC y a los documentos previos en los cuales se contextualiza (OMC-GATS), permite hacer una lectura crítica que reconoce al menos los siguientes riesgos para la educación:

1. Convertirla definitivamente en un servicio público y por lo tanto comercializable, en el que paulatinamente desaparece o al menos se limita el rol del Estado, propiciando que la lógica del mercado se vaya imponiendo.
2. Que se imponga un estilo de reforma educativa que busque como principal prioridad hacer que el aparato productivo del país esté en condiciones de responder a las exigencias de la competencia comercial transnacional. Esto provocaría que en sentido de integralidad propio de la educación se fuera resquebrajado y se convirtiera al sistema educativo en un mero instrumento de la producción y la economía.
3. El establecimiento de estándares educativos internacionales a la vez que puede favorecer algunos aspectos, también representa inevitablemente una amenaza para la lucha por el reconocimiento de la diversidad cultural y lingüística del país, que ha sido hasta hoy una de las principales demandas de la reforma educativa y desde luego de los pueblos indígenas. Son dos lógicas diversas y contrarias las que impulsan por una parte el reconocimiento y la valoración de las identidades culturales nacionales y el uso de sus idiomas y la que impulsa la globalización comercial en la cual se inscribe el TLC.
4. Se está buscando prestigiar la comercialización de la educación a la vez que estimularla. Ésta puede darse gradualmente en diver-

Los componentes de la educación, desde la comercialización de suministros y materiales para el sistema, hasta la propia atención educativa. Esto buscaría eliminar el estigma social que aún prevalece sobre el hecho de convertir a la educación en un aspecto comercial y lucrativo.

5. Está en riesgo el incremento de la inversión pública en educación así como en todos los sectores del área social. Las implicaciones que la eliminación de los aranceles producirá sobre los recursos del Estado, teóricamente deberán ser compensados por una mayor captación de impuesto generados por una mayor inversión y generación de ingresos que el TLC promete para el país. Sin embargo, esto no puede darse por totalmente cierto. No existe certeza de cuán beneficioso será para el país económicamente el Tratado ni en qué tiempo el Estado logrará disponer de más recursos para la inversión en educación que de suyo ha venido creciendo muy lentamente y que en el caso que se presenta ahora como riesgo, podría incluso ver interrumpido ese ritmo lento de crecimiento lo cual produciría efectos muy negativos en la educación entendiendo que ésta tiene una demanda creciente cada año.
6. El telón de fondo de la privatización se hace más visible no tanto en el texto mismo del TLC sino en el marco ideológico en el cual éste se ampara. No es un proceso nuevo para el país, sino en realidad sólo un impulso que se da a una corriente que viene gradualmente avanzando. Varios factores como la desatención de ampliación de cobertura en la secundaria, el aumento de las cuotas en los centros educativos públicos, la flexibilización laboral de los maestros y el impulso a programas basados en el traslado de costos a la población, son razones que justifican la preocupación en este sentido. No existen razones para dejar de pensar en que la privatización gradual y quizá lenta de la educación, sea una opción para determinados sectores del país.

Todos estos riesgos que se identifican no pretenden descalificar las oportunidades que el TLC pueda generar, posiblemente en el plano



productivo, pero sí pretenden alertar sobre los peligros que la educación está enfrentando en el contexto de la globalización.

Guatemala, agosto de 2005.

Bibliografía

1. CIIDH/CONGCOOP. *Derechos económicos, sociales y culturales*. Tercer informe. Junio 2005.
2. Comisión Nacional Permanente de Reforma Educativa. CNPRE. *Realidad presupuestaria y programática de la educación de Guatemala en el 2003 y perspectivas para el 2004*. Guatemala. 2004.
3. Ministerio de Finanzas Públicas. Presupuestos. Página web. 2005.
4. Ministerio de Educación. Anuario Estadístico. 2003.
5. Ministerio de Educación. Anuario Estadístico. 2000.
6. MINUGUA. Informe de Verificación: *Los Pueblos Indígenas de Guatemala: la superación de la discriminación en el marco de los Acuerdos de Paz*, septiembre de 2001.
7. PRODESSA, CONGECOOP e INS. *Educación, salud, tierra: hacia soluciones en el espíritu de los Acuerdos de Paz*. 2004.
8. PRODESSA. *Consultoría del área técnico-pedagógica de la reforma educativa. Informe de consultoría*. Guatemala. 1998.
9. Tratado de Libre Comercio Entre República Dominicana, Centro América y Estados Unidos. Varios de sus capítulos. 2005.
10. Tratado de Libre Comercio Entre República Dominicana, Centro América y Estados Unidos. Síntesis. Preparada por el Ministerio de Economía de Guatemala. 2005.
11. Organización Mundial de Comercio. Acuerdo general sobre comercialización de servicios. De la página web.
12. Varios artículos tomados de la web sobre efectos del TLC en México.

Datos institucionales

CONGCOOP

La Coordinación de ONG y Cooperativas surgió en 1992 para apoyar las iniciativas de la población desarraigada (refugiados y desplazados internos) en su proceso de retorno y reintegración a la sociedad guatemalteca.

En sus inicios CONGCOOP dirigió los mayores esfuerzos al apoyo del proceso de retorno “colectivo y organizado” de los y las refugiados/as guatemaltecos/as en México.

El proceso de desarrollo institucional redefinió su función estratégica, extendiendo su campo de acción hacia ámbitos más amplios, enfocándose en el desarrollo rural, la reintegración social y productiva de la población desarraigada y el desarrollo de la población campesina.

CONGCOOP es una entidad de segundo grado, que aglutina a 17 ONG y una federación de cooperativas agrícolas, desde la cual sus afiliadas inciden y contribuyen en los procesos de desarrollo de Guatemala, mediante la gestión de propuestas y acciones en el ámbito local, regional y nacional, generando interlocución con el sector público y con otros sectores de la sociedad civil. Promueve una interacción efectiva entre sus afiliadas con el fin de fortalecer y articular sus acciones.

Ejes Temáticos:

Los ejes temáticos que constituyen prioridades estratégicas de CONGCOOP son los siguientes:

1. *Cumplimiento de los Acuerdos de Paz*. Esto incluye principalmente el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria —ASESA—, en lo relativo al acceso a la tierra, los derechos económicos y sociales, así como el monitoreo del gasto, la inversión pública y situación del trabajador guatemalteco.
2. *Globalización*. Análisis y propuesta sobre la relación producción, comercio - desarrollo político, económico, social y cultural con énfasis en los efectos e impactos de los tratados comerciales en la economía campesina, las migraciones y las remesas familiares.
3. *Participación ciudadana*. Participar y generar acciones de participación ciudadana con enfoque de género y cultural en el ámbito local, regional, nacional e internacional sobre este tema especialmente en las acciones de educación ciudadana para la participación comunitaria, con la finalidad de incidir en la políticas públicas y la auditoría social.
4. *Desarrollo socio productivo rural*. Desarrollo de las capacidades y del nivel de vida de la población en situación de exclusión que vive en el área rural, partiendo de diversas líneas de acción entre ellas acceso a la tierra y diversificación productiva.
5. *Agua y medio ambiente*. Tanto desde el punto de recursos naturales y especialmente hídricos, como de la perspectiva de las amenazas ambientales y de privatización de los servicios públicos y de los recursos naturales.
6. *Derechos humanos*. Entendidos en su más amplio sentido, tanto los derechos fundamentales como los derechos económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales.
7. *Desarrollo urbano*. Haciendo énfasis en la búsqueda de soluciones a las condiciones de habitabilidad urbana en áreas vulnerables.
8. *Monitoreo de políticas públicas*. Este debe ser entendido como un eje transversal, puesto que todos los ejes anteriores necesitan tener un seguimiento en la consecución de sus metas de política pública.

JUNTA DIRECTIVA

Miguel Ángel Sagone Aycinena
Presidente

Jorge Alberto Colorado
Vicepresidente

Carlos Fernando Zavala García
Tesorero

César Augusto Méndez Lemus
Secretario

Fredy Antonio Batres Quevedo
Vocal 1

Víctor Armando Cristales Ramírez
Vocal 2

José Haroldo Galidno Buendía
Vocal 3

Helmer Velásquez
Director Ejecutivo

AFILIADAS

| | |
|--|---|
| Asociación del Desarrollo para América Central ADEPAC | Federación de Cooperativas Agrícolas de Guatemala FEDECOAG |
| Asociación de Desarrollo Integral ADI | Fundación para la Educación y Desarrollo Comunitario FUNDACEDCO |
| Alternativas para el Desarrollo Ambiental APDA | Fundación para el Apoyo Técnico en Proyectos FUNDATEP |
| Consejo de Investigaciones para el Desarrollo de Centro América CIDECA | Fundación para el Desarrollo Comunitario FUNDESCO |
| Centro de Investigación y Educación Popular CIEP | Asociación IDEAS |
| Centro de Investigación, Estudios y Promoción de Derechos Humanos CIEPRODH | Instituto para la Enseñanza para el Desarrollo Sostenible IEPADES |
| Coordinadora Cakchiquel de Desarrollo Integral COCADI | Proyecto de Desarrollo Santiago PRODESSA |
| Cooperación Mesoamericana para el Desarrollo y la Paz COMADEP | Servicios y apoyos al Desarrollo de Guatemala SADEGUA |
| Consejo Cristiano de Agencias de Desarrollo CONCAD | Servicios de Capacitación Técnica y Educativa SERCATE |

CIIDH

El Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos fue creado en 1993 con el objetivo de promover, fortalecer, difundir y defender la vigencia de los derechos humanos en Guatemala.

El CIIDH realiza sus tareas y trabajos con responsabilidad, pretendiendo alcanzar resultados con eficiencia, para el impulso de sus líneas estratégicas que mejora sus niveles de trabajo y propicia un mejor resultado de sus objetivos.

El CIIDH impulsa diferentes acciones con el objetivo de impulsar la construcción de una sociedad en que prevalezca el Estado de Derecho, la paz, la justicia social, el fin de la impunidad y con ello la existencia de una democracia real. Desarrolla sus actividades para el cumplimiento de su misión y objetivos en un marco de integridad de principios y valores.

Tomamos en cuenta que, como organización de Derechos Humanos, nuestra articulación y proyección se fundamenta en la equidad y el respeto, que determinan la forma del relacionamiento y desenvolvimiento. Así mismo, el espíritu de solidaridad debe caracterizar y motivar la actitud institucional y personal.

El CIIDH cuenta con una amplia experiencia en

- ❖ Seguimiento e impulso de las recomendaciones de la CEH
- ❖ Investigaciones y análisis del pasado
- ❖ Resarcimiento para víctimas del conflicto armado
- ❖ Búsqueda de niñez desaparecida en el marco del conflicto armado interno



CONGCOOP



- ❖ Elaboración y promoción de iniciativas de ley
- ❖ Seguimiento y promoción de los Acuerdos de paz
- ❖ Monitoreo del presupuesto nacional
- ❖ Promoción y defensa de los derechos económicos sociales y culturales

De acuerdo a resoluciones de su Asamblea para el año 2002-2004 como CIDH nuestros énfasis estarán dirigidos a:

- ❖ Fortalecimiento de las capacidades institucionales en los siguientes temas:
 - ❖ Monitoreo del gasto militar
 - ❖ Monitoreo de la ejecución presupuestaria del Estado en términos generales
 - ❖ Monitoreo de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC)
 - ❖ Elaboración de informes de situación de los derechos humanos.
 - ❖ Seguimiento y monitoreo de la PDH
 - ❖ Seguimiento salida de MINUGUA -generar fortalezas internas en temas específicos.
 - ❖ Seguimiento acuerdos Grupo Consultivo
 - ❖ Seguimiento programa nacional de resarcimiento.