

La discusión de las políticas de salud es uno de los temas más postergados desde la Firma de la Paz a pesar de la crudeza de todos sus indicadores. Subyacente a la irresponsabilidad orgánica del Estado persiste la visión caritativa por la cual la salud de la población indígena y pobre queda librada a su suerte, a los recursos tradicionales de los pueblos indígenas o a la actividad de organizaciones humanitarias. Los Acuerdos de Paz han sido sustituidos por reformas con lineamientos ajenos a su espíritu y en concordancia con las tendencias privatizadoras diseñadas por los organismos promotores del Consenso de Washington.

Es obvio que no existe ni se ha avanzado en el sentido de construir un Sistema Nacional de Salud, la estructura actual es excluyente, existen grandes desigualdades étnicas, geográficas y socioeconómicas que no se abordan con la seriedad que se requiere, no se ha racionalizado la inversión por medio de la priorización de acciones preventivas ni se ha incorporado la riqueza de recursos humanos y culturales como base de solución a los grandes problemas de salud. A lo sumo se pueden registrar ciertos avances en aspectos sanitarios (agua y saneamiento ambiental) y en el control de factores epidemiológicos masivos (inmunización). Pero el vacío es absoluto cuando se trata de las garantías al derecho a la salud del ciudadano común, que requiere de fuertes inversiones públicas, organización y planeación conducida por el Estado.

La crisis hospitalaria no ha hecho más que replantear el tema de la salud, donde hay muchos otros aspectos a considerar. En el fondo claman el 20% de población sin acceso real a todo servicio de salud y el 50% sin apoyos de emergencia ante accidentes graves, traumáticos o por afectaciones cardíacas, neurovasculares, complicaciones de parto, hemorragias, mucho menos para la atención de enfermedades crónicas o catastróficas (diabetes, cáncer, etcétera). Como remedio se le ha impuesto a la población rural y pobre un sistema de extensión de cobertura (SIAS) a cargo de ONG contratadas a bajo costo, que funcionan con médicos que llegan de vez en cuando y un 90% de personal de campo trabajando en régimen de voluntariado, ofreciendo una canasta de servicios mínimos limitados a vacunaciones y a la atención materno infantil, sin capacidad de resolver complicaciones o enfermedades graves.

Es así que, a pesar de los avances en algunos indicadores, Guatemala sigue ostentando los peores índices de salud pública de América Latina. Los indicadores de mortalidad materno infantil, aunque muy afectados por el subregistro, expresan con crudeza los efectos de la desprotección en salud. Siempre teniendo presente que sólo son una punta del iceberg, las defunciones por causas tratables y prevenibles forman parte de todo un record acusatorio de la equivocada acción oficial.

En el otro extremo del nivel primario, los servicios hospitalarios sujetos a la demanda concentrada en pocos centros muestran los efectos de la obsolescencia de sus instalaciones y equipos, agravada por la falta de inversión y un financiamiento que no da abasto para mantener el personal técnico suficiente, ni responder a las necesidades mínimas del consumo de insumos y materiales quirúrgicos y sanitarios. De allí que la solución que plantean desde hace años las autoridades de turno sea el autofinanciamiento de los establecimientos hospitalarios a través de la instalación de patronatos y el cobro por servicios.

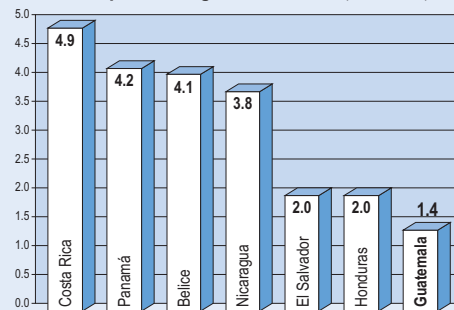
## La Salud enferma crónica



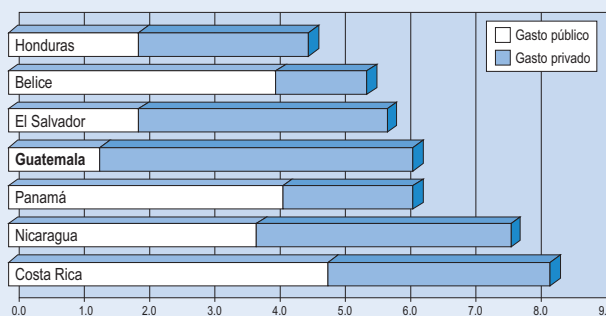
### Indicadores de la mortalidad materna e infantil

PAÍSES	MATERNA (100,000 nv)	INFANTIL <1 año (1,000 nv)	INFANTIL <5 años (1,000 nv)
América Latina	94.7	24.9	33.2
El Salvador	173.0	25.0	...
<b>Guatemala</b>	<b>153.0</b>	<b>39.0</b>	<b>48.1</b>
Honduras	108.0	34.0	46.3
Belice	n/a	14.3	40.2
Nicaragua	82.8	35.0	38.0
Panamá	68.0	15.2	25.7
Costa Rica	30.5	9.3	11.9

### Gasto público regional en salud (% del PIB)



### Distribución del gasto nacional en salud (% del PIB)



Fuente del cuadro y las gráficas: UNESCO y OPS, 2002

La distribución del gasto nacional evidencia la marcada debilidad de las instituciones responsables de la salud pública. El gasto nacional en salud está en Guatemala en los niveles más bajos de la región y a ello se agrega que la parte del gasto privado es 3 ½ veces superior al realizado por el sector público. En el gasto privado se evidencia que mientras las clases altas y medias destinan la mayor parte del gasto a servicios profesionales y hospitalización, los sectores más pobres lo emplean en compra de medicinas y automedicación.

Por su parte, el presupuesto del Ministerio de Salud (MSPAS) en el 2004, ejecutó el 0.8% en relación al PIB, en el 2005, 0.77% y en el 2006 su asignación alcanza únicamente el 0.75% con importantes recortes en los servicios de consulta externa, emergencias y hospitalización. A la par, impacta los montos irrisorios dedicados a la salud ambiental, el control y vigilancia del agua potable, de desechos sólidos industriales, las excretas y aguas residuales, los medicamentos y alimentos comercializados en el mercado, la salubridad en asentamientos humanos y viviendas, por ejemplo.

El Programa de Extensión de Cobertura lleva un 52% de ejecución presupuestaria a junio del 2006, pero no se cuenta con indicadores que evidencien mejoras en los índices de morbilidad y mortalidad de la población atendida. El Programa Salud Reproductiva en el primer semestre continúa con ejecución cero. El estancamiento en la construcción de infraestructura hospitalaria, la falta de mantenimiento, el escaso equipamiento y el desabastecimiento de medicamentos, da la impresión de ser la manera como se justifica dejar a merced del mercado la atención de la salud de la población, en respuesta a las políticas neoliberales que consideran el gasto social como una inversión improductiva, cuyos resultados no generan ganancia.

Por lo tanto, si bien crisis hospitalaria sólo es una parte del problema, es urgente dar respuesta a las demandas dirigidas a garantizar el abastecimiento de hospitales y centros de salud como primer paso para avanzar en la discusión e implementación de una Política Nacional de Salud que garantice un sistema incluyente, equitativo y con pertinencia cultural, respetuosa de los derechos ciudadanos y humanos, en general.

El presupuesto del Sector Salud, debe incrementarse al 4% del PIB es decir, el doble de su asignación actual, asignando como mínimo el 1.5% al Ministerio de Salud. Para eso urge la adopción de una Política Fiscal progresiva que obligue a pagar impuestos a los grandes evasores.

Guatemala, julio del 2006

**Cii DH**  
Centro Internacional  
para Investigaciones  
en Derechos Humanos



**CONGCOOP**  
Coordinación de Ong y Cooperativas