PN-ABE-274 64605

GUATEMALA

ANALISIS DEL SECTOR SALUD

ACTUALIZACION DE 1987

■■■

Thomas J. Bossert, Ph.D.

Eusebio Del Cid Peralta, M.D.

Diciembre 1987

Preparado para la Agencia Internacional para el Desarrolo por DataPro, S.A.
bajo Ordenes Nos. 520-0-007607 y 520-0000-0-00-9569.

GUATEMALA

Análisis del Sector Salud

Actualización de 1987

Thomas J. Bossert, Ph.D.

Eusebio Del Cid Peralta, M.D.

Diciembre 1987

Preparado para la Agencia Internacional para el Desarrollo por DataPro, S.A. bajo Ordenes Nos. 520-0-007607 y 520-0000-0-00-9569.

TABLE OF CONTENTS

PREFACIO

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN EJECUTIVO i
1. Resumen del Contexto del Sector Salud de Guatemala i
2. Organización del Sector Salud ii
2.1 Ministerio de Salud Pública ii
2.2 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) v
2.3 Sector Privado vi
2.4 Financiamiento vii
3. Otros Sistemas de Apoyo x
3.1 Recursos Humanos x
3.2 Logística xii
3.3 Sistema Gerencial de Información en Salud xiii
4. Programas xiv
4.1 Salud Materno-Infantil xiv
4.1.1 Mortalidad xiv
4.1.2 Morbilidad xv
4.1.3 Diferencias Regionales xvi
4.1.4 Resumen de Problemas de Salud Materno-Infantil xvi
4.1.5 Progrmas de Supervivencia Infantil xvii
4.2 Salud Materno-Infantil: Planificación Familiar xx
4.3 MCH: Nutrición xxi
4.4 Malaria xxii
4.5 Agua Potable y Saneamiento Ambiental xxiii
5. Estrategias de AID para los Próximos Cinco Años xxv

ANALISIS DEL SECTOR SALUD DE GUATEMALA 1

PARTE I: ASPECTOS DE CONTEXTO 1
1.1 Situación de Salud 1
1.2 Aspectos Socio-Culturales 3
1.3 Aspectos Económicos y Financieros 5
1.3.1 Resumen y Recomendaciones 15
1.4 Contexto Político y Administrativo 15
1.4.1 Contexto Político 15
1.4.2 Resumen y Recomendaciones 17
1.4.3 Administración Pública 17
1.4.4 Resumen y Conclusiones 19
1.5 Contexto de los Donantes 19
1.5.1 Resumen 19
1.5.2 Programas Importantes de los Donantes 21
1.5.3 Resumen y Conclusiones 24
1.6 Conclusiones 24

PARTE II: ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD DE GUATEMALA ... 26
2.1 Resumen ... 26
2.2 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ... 27
2.2.1 Resumen Histórico ... 27
2.2.2 Actual Estructura del MSPAS ... 29
2.2.3 Planificación en Salud ... 37
2.2.4 Limitaciones ... 38
2.3 Conclusiones y Recomendaciones ... 41
2.4 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ... 44
2.4.1 Resumen ... 44
2.4.2 Programas ... 46
2.4.3 Limitaciones y Recomendaciones ... 48
2.5 Organizaciones No-Gubernamentales ... 48
2.5.1 Resumen ... 48
2.5.2 Limitaciones ... 50
2.5.3 Otras Actividades del Sector Privado ... 51
2.5.4 Conclusiones y Recomendaciones ... 55

PARTE III: FINANCIAMIENTO EN SALUD ... 57
3.1 Ingresos y Gastos del Sector Salud en General ... 57
3.2 Ministerio de Salud Pública ... 57
3.2.1 Capacidad de Absorción ... 61
3.2.2 Presupuestos de Programas ... 64
3.3 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ... 67
3.4 Gastos por Consumidor ... 67
3.5 Seguro Privado de Salud ... 71
3.6 Limitaciones y Recomendaciones ... 71

PARTE IV: OTROS SISTEMAS DE APOYO ... 74
4.1 Recursos Humanos ... 74
4.1.1 Tipos y Distribución de Recursos Humanos en Guatemala ... 74
4.1.2 Unidad de Recursos Humanos y Educación en Salud del MSPAS ... 77
4.1.3 Formación de Médicos ... 80
4.1.4 Otras Instituciones Formadoras ... 82
4.1.5 Capacitación en el Extranjero ... 82
4.1.6 Escuela Propuesta de Salud Pública ... 83
4.1.7 Resumen y Recomendaciones ... 83
4.2 Sistema de Logística del Sector Salud ... 85
4.2.1 Introducción ... 85
4.2.2 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ... 86
4.2.3 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ... 89
4.2.4 El Sector Privado ... 90
4.2.5 Conclusiones y Limitaciones ... 91
4.3 Análisis del Sistema Gerencial de Información ... 92
4.3.1 Resumen ... 92
4.3.2 Estructura y Actividades Actuales de la UI ... 93
4.3.3 Limitaciones ... 96

C

4.3.4 Reformas Actuales 97
4.3.5 Resumen y Recomendaciones 98

PARTE V: PROGRAMAS 100
5.1 Salud Materno-Infantil 100
5.1.1 Mortalidad 100
5.1.2 Morbilidad 104
5.1.3 Diferencias Regionales 109
5.1.4 Resumen de Problemas de Salud Materno-Infantil 110
5.1.5 Programas de Supervivencia Infantil 112
5.1.6 Resumen, Conclusiones y Recomendaciones 132
5.2 Salud Materno-Infantil: Planificación Familiar 136
5.2.1 Tendencias de Fecundidad 136
5.2.2 Anticoncepción y Utilización de los Servicios 139
5.2.3 Servicios de Planificación Familiar 142
5.2.4 Resumen y Recomendaciones 146
5.3 Salud Materno-Infantil: Nutrición 147
5.3.1 Estado Nutricional 147
5.3.2 Deficiencias Nutricionales Específicas 150
5.3.3 Consumo de Alimentos 152
5.3.4 Programas Nutricionales 153
5.3.5 Resumen, Conclusiones y Recomendaciones 159
5.4 Otras Enfermedades Transmisibles 160
5.4.1 Malaria 160
5.4.2 Oncocercosis 169
5.4.3 Dengue/Aedes Aegypti 173
5.4.4 Enfermedad de Chagas 175
5.4.5 Leishmaniasis 179
5.4.6 Rabia 181
5.4.7 Enfermedades de Transmisión Sexual 183
5.5 Agua Potable y Saneamiento Ambiental 184
5.5.1 Resumen 184
5.5.2 Limitaciones y Recomendaciones 186

PARTE VI: CONCLUSIONES Y ESTRATEGIA PROPUESTA 188
6.1 Limitaciones más Importantes en el Sector Salud Guatemalteco . . . 188
6.2 Limitaciones y Estrategia para el Sector de Salud Pública 188
6.3 Limitaciones y Estrategia para el Sector Privado 191

PREFACIO

Este informe es una actualización y modificación de la evaluación del sector salud que se realizó en 1986. Se basa en gran parte en el material que fue recolectado para el estudio anterior. Los autores también fueron responsables del equipo de investigadores que hicieron el estudio de continuidad de los proyectos de salud en Guatemala apoyados por el gobierno de los Estados Unidos de 1942 a 1987. Se han usado partes de ese estudio especialmente en las secciones sobre planificación familiar, economía, saneamiento ambiental y agua potable para complementar el material de 1986. También fue necesario hacer alguna investigación específica para este informe.

Aunque se trató de actualizar y corregir algunas de las deficiencias del informe de 1986, no fue posible realizar la investigación necesaria en algunas áreas. Se deben realizar estudios más profundos sobre financiamiento para la salud, sistemas de logística y saneamiento ambiental y agua potable para tener una descripción más detallada de estas áreas importantes del sector salud.

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a los miembros del equipo de la evaluación del sector salud de 1986, quienes realizaron su trabajo y nos proporcionaron con la información y los análisis adecuados para este informe.

Fueron John Massey, Oficial de Salud y Población y Liliana Ayalde, Oficial de Desarrollo General, de USAID Guatemala quienes primero patrocinaron este proyecto y proporcionaron apoyo y orientación a través de su ejecución. John ayudó de forma especial en noviembre, cuando la mayoría del trabajo se estaba llevando a cabo. Hemos aprendido de su discernimiento, pero no son responsables de nuestros errores ni de nuestra interpretación y conclusiones.

Agradecemos especialmente a los miembros del equipo que contribuyeron al estudio de continuidad de los proyectos de salud en Guatemala apoyados por el gobierno de los Estados Unidos. Como miembros de ese estudio aprendimos de ellos y utilizamos sus conocimientos en este informe. Debemos mencionar especialmente a Marcia Townsend, Terry McCoy, Ellis Turner y Doc Greene, quienes trabajaron en planificación familiar, agua potable y saneamiento ambiental y el contexto económico, respectivamente, y cuyo trabajo forma la base para esas secciones de este informe. También agradecemos las contribuciones de Eugene Boostrom, Orlando Aguilar, Jaime Solórzano, Sonia de Massey, Luis Porras y Lois Godiksen.

Sandra Rosenhouse del Population Council hizo comentarios sobre la sección de planificación familiar y proporcionó información adicional útil.

Nuestro agradecimiento a Susan Cowan, quién además de ser un asistente de investigación excelente, se hizo cargo de recolectar y ordenar los documentos utilizados para este informe.

Bruce Newman y el personal de DataPro proporcionaron su apoyo de normal de alta calidad para las necesidades de computación, secretaría, logística y de oficina. Sandra López, fue especialmente paciente con todos los problemas de teléfono. Bruce proporcionó la ayuda esencial para resolver problemas de software y de convertir caracteres electrónicos a este producto final. El conocimiento de Bruce sobre Guatemala y el sector salud contribuyeron al refinamiento de este documento.

Quizás lo más importante, es expresar nuestro agradecimiento a todos los oficiales guatemaltecos de salud pública y miembros de la comunidad de donantes, quienes nos dieron su tiempo y nos ayudaron a comprender algunos aspectos del sector salud. Como los dos autores de este informe han tenido gran experiencia en Guatemala, existen demasiadas personas a quienes agradecer, esperamos haber usado bien su información.

RESUMEN EJECUTIVO

1. Resumen del Contexto del Sector Salud de Guatemala

Lo problemas principales de salud de Guatemala son típicos de los países en condiciones económicas similares. Estos tienen mayor impacto en el segmento más grande de la población: mujeres y niños. Las causas prevalentes de mortalidad y morbilidad son las enfermedades diarréicas prevenibles, que tienen su origen en el agua o por vectores, y las enfermedades respiratorias. Los niveles de fertilidad aunque en descenso aún son lo bastante altos y limitan las mejoras en el nivel de salud. Muchos de los problemas se pueden cubrir por programas que se han convertido en prioritarios para las agencias donantes y que son prioridades del gobierno: programas de supervivencia infantil, saneamiento ambiental y agua potable y planificación familiar.

El contexto económico de Guatemala no es particularmente positivo para propiciar mejoras en el nivel de salud. No pareciera que el fracaso de las economías Latinoamericanas de salir de la recesión mundial de principios de los años ochenta y el impacto continuo del conflicto de Centro América vayan a cambiar radicalmente en un futuro cercano. Las limitaciones actuales en el presupuesto nacional del gobierno pueden continuar imponiendo restricciones en el gasto público en programas del sector salud. Aunque el sector privado de salud es grande, las mejoras en este sector también se ven limitadas por la falta de un crecimiento económico general. La redistribución del ingreso hacia las clases medias no llevará a gastos en áreas que tengan un impacto significativo en el nivel general de salud, es más, ésta redistribución puede contribuir a un deterioro de las condiciones de salud de la mayoría más pobre.

La diversidad social y cultural ha creado barreras que obstaculizan la entrega efectiva de servicios de salud, aunque estas barreras son complejas y están cambiando en formas que pueden, a la larga, mejorar las condiciones de salud.

En este contexto extremadamente negativo, la organización de los servicios de salud es vital para provocar cambios marginales en salud. En Guatemala, tanto el sector público como el privado son proveedores importantes de los servicios de salud. Desafortunadamente, ninguno de los dos está equipado con los avances más importantes y recientes para la atención en salud. Ambos sectores están organizados pobremente, fragmentados y son débiles en términos de organización. El sector público es el proveedor de servicios más grande y sufre de deficiencias administrativas, en especial de una sobre-centralización para la toma de decisiones y una fragmentación de los programas. El sector privado es diverso y no tiene normas.

Por primera vez en tres décadas, el contexto político es más favorable para reformas que pueden mejorar tanto los servicios privados como los públicos. El actual gobierno civil democrático se ha comprometido en realizar reformas y ha iniciado algunos esfuerzos para mejorar el bienestar de la mayoría pobre.

La orientación actual de reformismo moderado del gobierno de Guatemala ofrece una oportunidad para que AID pueda proporcionar mayor apoyo al sector salud. A este sector se le ha dado una alta prioridad según las declaraciones gubernamentales y la reestructuración del gobierno fortalecerá este sector. Con un presupuesto de austeridad, ha sido difícil para el gobierno distribuir recursos a los programas de salud, lo que hace que el apoyo del extranjero para las mejoras en este sector sean de mayor importancia para el éxito de las reformas que se planifican.

Actualmente, la comunidad internacional de donantes está proporcionando mayores niveles de apoyo financiero para actividades de salud. Esta ampliación en fondos disponibles ha tenido efectos tanto positivos como negativos. Mientras que estos fondos se dirigen a áreas prioritarias de atención primaria en salud, supervivencia infantil y planificación familiar, se encuentran con obstáculos administrativos, logísticos y de recursos humanos. Además se enfrentan con la escasez de fondos de contraparte lo que limita la capacidad del país para obtener los fondos externos disponibles. La actual abundancia de financiamiento extranjero también pone en duda la continuidad de los programas que actualmente dependen de apoyo del extranjero.

RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Salud Pública (MSPAS) debe tomar un papel más activo en declarar prioridades para las actividades de los donantes. La oficina de Asuntos Internacionales del MSPAS debería tener mayor personal y funciones más explícitas para establecer reuniones de rutina con los donantes e involucrarlos en ejercicios de planificación y programación. AID debería considerar la posibilidad de fortalecer la capacidad gerencial y de comunicación de la Oficina de Asuntos Internacionales a través de un financiamiento especial.

2. El MSPAS y los donantes deben planificar toda la asistencia futura para distribuir las contribuciones de los donantes entre todo el sector salud para reducir la concentración del apoyo de los donantes en una sola unidad. Tal y como sucede con el Departamento Materno-Infantil del MSPAS que se encuentra sobrecargado de apoyo de los donantes.

2. Organizaciones del Sector Salud

2.1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El MSPAS es la institución más significativa del sector salud. Oficialmente es el responsable de proporcionar los servicios curativos y preventivos a la población en general. Es una gran burocracia que administra hospitales, centros y puestos de salud e implementa una diversidad de programas específicos de carácter vertical en salud materno-infantil, control de enfermedades trasmisibles, control de vectores, saneamiento y agua potable, nutrición y planificación familiar. Como en la mayoría de países en vías de desarrollo, el MSPAS de Guatemala no es capaz totalmente de proporcionar suficientes servicios de alta calidad para tener un impacto importante en el nivel de salud de la población.

Constantemente no cuenta con suficientes fondos para las áreas curativas y preventivas. La distribución de recursos dentro del ministerio es desequilibrada y utilizada ineficientemente. Aunque hayan discrepancias sobre la distribución apropiada de los recursos de salud entre los servicios curativos y preventivos y entre área rural y urbana en general, la distribución de servicios en Guatemala puede calificarse como inadecuada. A pesar de las declaraciones públicas de las prioridades para atención primaria en salud, supervivencia infantil y planificación familiar, la mayoría del presupuesto del MSPAS se destina a otras áreas, en especial al sector menos efectivo y que está orientado a los aspectos curativos, como lo son los hospitales. Los hospitales están diseñados y administrados ineficientemente, con algunos servicios e instalaciones poco o no utilizados y otros con alta demanda e insuficientes recursos para cubrir la demanda. La mayoría de gastos está concentrada en la ciudad capital.

Aunque hay razones históricas para el desequilibrio de los servicios, y aunque es necesario continuar brindando el apoyo a los servicios curativos que tienen alta demanda, el sistema ha resistido exitosamente los esfuerzos por cambiar el equilibrio hacia las áreas prioritarias. Es más, a pesar de algunas mejoras ocurridas en la década de los setentas, recientemente los recursos nacionales se han destinado principalmente a los servicios curativos y hacia la ciudad capital, lo que ha empeorado el desequilibrio histórico. Dada la naturaleza de los problemas de salud en Guatemala, que requieren mayores esfuerzos en programas de atención primaria, este desequilibrio existente en la institución de salud más importante es una fuerte limitante para mejorar el nivel de salud del país.

La organización administrativa del MSPAS es inadecuada para la tarea de alcanzar las metas de atención primaria con el uso eficiente de los escasos recursos. Es una institución altamente centralizada y fragmentada que no ha sido capaz de atraer y retener a individuos motivados y altamente calificados. La centralización de la toma de decisiones diarias agobia los más altos niveles de política del MSPAS y retarda la implementación de las actividades más elementales. La fragmentación de las jerarquías administrativas ha inhibido la integración de muchos programas que requieren acciones coordinadas a nivel local. El sistema de supervisión tiene graves deficiencias de financiamiento, de personal adecuadamente capacitado, requiere que las normas y procedimientos de información se actualicen y necesita apoyo logístico para transporte.

Estas limitantes administrativas pueden ser los factores más importantes que inhiben la efectiva utilización de los escasos recursos del sector salud. Algunos de los problemas pueden resolverse con programas específicos como sistemas de manejo de información, abastecimiento y logística, sin embargo, la estructura organizativa más amplia en sí es el mayor problema.

A pesar de los esfuerzos pasados por una reorganización, el SMP no ha podido superar los problemas más grandes que son la fragmentación y la centralización. En algunos casos, los donantes internacionales, inclusive AID, han contribuído a, en lugar de, aliviar estos problemas. Ambos problemas son difíciles de superar como se ha mostrado en la historia. Cada evaluación del sector salud ha discutido sobre estos problemas y ha expresado un optimismo sin garantía de que la descentralización y la integración de objetivos puede alcanzarse.

El esfuerzo actual de desarrollar un plan e iniciar las reformas administrativas diseñadas a la descentralización del MSPAS dentro del contexto de una descentralización general del gobierno debe ser estimulado y apoyado. Parece que un esfuerzo importante por parte de los

donantes y el MSPAS es necesario para superar estos obstáculos significativos que impiden alcanzar mejoras en el sector salud. Estos esfuerzos pueden ser graduales en lugar de una reestructuración mayor que pueda dejar al MSPAS en desorden durante el proceso. Sin embargo, la planificación y la coordinación deben ser explícitas y estar incluídas en todas las actividades futuras de los proyectos. El esfuerzo actual del MSPAS de planificar e implementar una descentralización institucional significativa ofrece una oportunidad excelente para que los donantes proporcionen asistencia técnica y financiera en esta área importante.

Un segundo problema de importancia es la falta de incentivos efectivos para el talento administrativo y gerencial del MSPAS. Deben diseñarse sistemas para atraer, capacitar y mantener ese talento en todos los niveles del MSPAS. La historia de capacitación profesional y administrativa de corta duración ha sido exitosa y amerita continuidad. La capacitación de larga duración del período del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) fue particularmente efectiva y debe reconsiderarse en los componentes de capacitación profesional en proyectos futuros que reciban apoyo.

Los ejercicios de planificación y programación en salud necesitan actualizarse. Un esfuerzo renovado de utilizar un método matricial doble computarizado de planificación y programación local debe implementarse y se deben integrar los procesos de planificación y elaboración de presupuestos.

Debe hacerse notar que un estudio reciente sobre la continuidad de proyectos de salud en Guatemala apoyados por el gobierno de los Estados Unidos encontró que las características institucionales de la agencia encargada de la implementación del proyecto era vital para la continuación exitosa de las actividades y beneficios del proyecto después de suspender el financiamiento. Este estudio encontró que las instituciones que se caracterizaban por fragmentación, bajos niveles de habilidad y capacidad y que tuvieran metas conflictivas organizativamente no eran las que conducían programas permanentes. Como se mencionó anteriormente, el MSPAS es una institución de este tipo. El estudio de la capacidad de permanencia también encontró que los proyectos integrados tendían a permanecer más que los que se organizaban en forma vertical.

Parecería adecuado empezar a superar algunas de estas limitaciones institucionales para poder crear una institución más efectiva para el sostenimiento de proyectos que han sido apoyados por financiamiento extranjero. Los donantes podrían iniciar integrando sus proyectos a la estructura administrativa normal del MSPAS y evitando así la tendencia de aumentar la fragmentación de la institución al insistir en la implementación aislada de los proyectos.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proporcionar financiamiento y asistencia técnica significativa para apoyar los esfuerzos del MSPAS para reestructurar la institución, para:

   A. Descentralizar la toma de decisiones diarias para que los niveles altos del Ministerio puedan dedicar tiempo a los aspectos de políticas y estrategias, desarrollándose así las habilidades y responsabilidades administrativas en todo el Ministerio.

B. Promover canales de comunicación y requerir coordinación de las unidades administrativas que puedan integrar esfuerzos y lograr así una mayor eficiencia.

C. Mejorar y actualizar los sistemas de supervisión para que hagan énfasis en la observación y la capacitación en servicio, así como integrar los sistemas de supervisión al sistema de información gerencial de salud.

2. Todos los donantes, en especial AID, deben diseñar sus proyectos para crear la integración, en lugar de estructuras programáticas administrativas de carácter vertical. Deberían incluir asistencia técnica en administración y manejo gerencial en todos los proyectos importantes para ayudar en el diseño e implementación de sistemas gerenciales más eficientes y en la descentralización e integración de las estructuras administrativas.

3. El MSPAS debería instituir una política que permitiera hacer una carrera regular,que estableciera requerimientos claros de capacitación y experiencia, para los oficiales en los puestos técnico-administrativos y debería evitar los cambios de personal en estas posiciones.

4. El MSPAS debe empezar a mejorar las estructuras de incentivos para el personal que le permita atraer y recompensar a personas eficientes y con talento gerencial. AID debe proporcionar programas de capacitación de largo y corto plazo en administración y manejo gerencial en todos sus proyectos importantes.

5. El MSPAS debería iniciar un proceso de integración en ejercicios de planificación y elaboración de presupuesto. AID debería proporcionar apoyo para talleres y asistencia técnica para ayudar en la identificación de necesidades, selección de métodos adecuados e implementación de un sistema integrado. Este proceso debe coordinarse con el mejoramiento de los sistemas de salud y manejo de información que se discuten en la sección 4.4 de este informe.

6. AID debe proporcionar apoyo a la Unidad de Investigación del MSPAS para patrocinar proyectos de investigación operacional, dando prioridad a la evaluación de métodos de administración y supervisión.

2.2 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

El IGSS es el segundo sistema de salud más grande en Guatemala. En la actualidad, sirve aproximadamente al 10% de la población, su presupuesto es casi tres cuartas partes del presupuesto del MSPAS. El IGSS proporciona principalmente atención de tipo curativo a los trabajadores y sus familias en la mayoría de áreas urbanas y áreas rurales productivas del país.

El IGSS es financiado por las contribuciones de los patronos, empleados y el estado. Los servicios de salud se cubren a través de un 7% del salario de los empleados que paga el patrono, un 3% del salario que paga el empleado y una contribución del 3% que paga el estado.

El IGSS opera 21 hospitales (10 propios y 11 alquilados), ocho departamentos de consulta externa (de los cuales tres son alquilados) y 23 puestos primarios de atención (tres alquilados). De acuerdo al análisis de 1984 realizado por la OPS de las instalaciones que opera el IGSS, dos

de los hospitales que se localizan en la Ciudad de Guatemala (Hospital de Accidentes y de Ginecología y Obstetricia) tienen graves deficiencias en su estructura física. Este informe nota además que más de la mitad de los hospitales que opera el IGSS están en edificios alquilados que sufrieron modificaciones.

Más de la mitad de las camas hospitalarias del sistema se localizan en el departamento de Guatemala, lo que corresponde aproximadamente al porcentaje de la población asegurada que vive en el distrito de la capital. En todo el sistema, el IGSS tiene 2.5 camas por mil habitantes elegibles.

Las limitaciones centrales del IGSS son inherentes a su funcionamiento tradicional. Todos sus servicios de salud son casi enteramente curativos, con poca atención a estimular actividades preventivas entre su afiliados. Proporciona un servicio hospitalario de alto costo a una porción pequeña de la población y duplica los servicios que son proporcionados por el MSPAS lo que es un desperdicio de los pocos recursos de salud.

Los esfuerzos por eliminar estas limitaciones no han producido cambios significativos. Aunque hay algunas actividades preventivas que son promovidas en los programas de accidentes y maternidad, estas actividades se mantienen marginadas por los programas curativos centrales. La lenta ampliación de la cobertura en los últimos cuarenta años no ha logrado alcanzar a más del 10% de la población, lo que es uno de los porcentajes más bajos en América Latina. Aún la cobertura geográfica es limitada, con algunos servicios ofrecidos en sólo unos departamentos. Los esfuerzos de coordinar actividades con el MSPAS y reducir la duplicación de servicios generalmente no han fructificado.

RECOMENDACIONES

1. El IGSS debe darle prioridad a la ampliación de su cobertura a porciones más grandes de la fuerza de trabajo. AID debe ayudar dando apoyo a estudios de factibilidad para logar un sistema más integral.

2. El IGSS debe darle prioridad a la ampliación y mejoramiento de sus programas preventivos. AID debe ayudar apoyando estudios de factibilidad de estos programas.

2.3 SECTOR PRIVADO

Hay varios programas en el sector privado que complementan los servicios de salud pública. Estos programas incluyen los médicos privados, clínicas y hospitales,servicios médicos pre-pagados, organizaciones voluntarias no gubernamentales (ONGs) y varios programas apoyados por patronos. Aunque ninguno de estos programas puede reemplazar a los servicios públicos como proveedores de salud para las familias de bajos ingresos, algunos de ellos merecen que AID considere darles apoyo.

Las organizaciones no gubernamentales proporcionan los servicios del tipo más adecuado, haciendo énfasis en atención primaria en salud, nutrición, saneamiento y agua potable y planificación familiar; además dirigen sus servicios a la población con menor acceso y mayor

necesidad de estos servicios. Algunos proyectos de AID y el financiamiento de apoyo económico proporcionan un apoyo importante para algunas de estas organizaciones que tienen programas de planificación familiar y nutrición: APROFAM, AGES, IPROFASA y CARE. También ha proporcionado financiamiento para pequeños programas de atención en salud de Project Hope y Project Concern y programas de saneamiento y agua potable de CARE y Agua del Pueblo.

El potencial para que AID pueda ampliar programas de atención en salud a través de las ONGs es limitado por la falta de ONGs existentes con suficiente capacidad para asumir la responsabilidad del manejo de programas de gran escala y por la falta de una organización que pueda proporcionar un mecanismo para manejar el financiamiento de proyectos de pequeña escala. AID en la actualidad no cuenta con suficiente personal para administrar por sí misma un número significativo de proyectos de pequeña escala.

Otros programas de salud del sector privado que podrían recibir financiamiento de AID incluye los programas experimentales auspiciados por patronos. Los proyectos como Agrosalud y ANACAFE que sirven a poblaciones con bajo ingreso deberían recibir apoyo para fortalecer y ampliar sus modelos. Específicamente, se deberían estimular estos programas para que mejoraran sus componentes preventivos. AID también podría proporcionar asistencia a programas de un sólo patrono a través del Programa de Información Tecnológica sobre Población para el Sector Privado (TIPPS, por sus siglas en inglés).

RECOMENDACIONES

1. AID debe continuar proporcionando financiamiento a las ONGs que están actualmente manejando proyectos de AID, en especial los proyectos de planificación familiar y ayuda alimentaria. Debería manejar de tres a cinco proyectos adicionales.

2. AID debe financiar un estudio de las ONGs y de ASINDES para evaluar la factibilidad de crear una organización que proporcione una base para la coordinación de ONGs y que administre los proyectos de AID con las ONGs.

3. AID debe continuar evaluando programas diseñados a servir a trabajadores agrícolas como Agrosalud y ANACAFE para evaluar la factibilidad de que AID patrocine los costos de inicio, ampliación de sus componentes preventivos, promoción de modelos adecuados para otras asociaciones y organizaciones del sector privado.

4. AID debe estimular al sector privado para que utilice los programas TIPPS para promover programas de planificación familiar y salud en empresas privadas.

2.4 FINANCIAMIENTO

Los recursos disponibles para financiar al sector público de salud en Guatemala están limitados por el bajo nivel del presupuesto general de la nación que representa sólo el 12% del producto nacional bruto (PNB), que es el más bajo de Centro América. Aunque la parte del presupuesto nacional correspondiente al MSPAS es consistente con el de los otros países de la región (aproximadamente 8%), el bajo nivel de financiamiento del sector público da como resultado

que el MSPAS recibe menos del 1% del PNB. Este bajo nivel de financiamiento representó para el MSPAS un gasto de $15 per cápita en 1984, lo que fue una de las cifras más bajas en América Latina.

Otras instituciones del sector público y el sector privado en alguna forma son responsables por el bajo financiamiento del MSPAS, sin embargo, estas instituciones tienden a servir a la población de nivel medio y alto. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que cubre aproximadamente el 10% de la población, principalmente los trabajadores asalariados del área urbana, tiene un presupuesto anual que es tres cuartas partes del presupuesto del MSPAS, que es responsable teóricamente del 80% de la población. Las estimaciones de los ingresos anuales del sector privado, que como el IGSS tienden a favorecer a las familias de nivel de ingreso medio y alto, han excedido recientemente el presupuesto del MSPAS.

Una limitación central a la entrega equitativa de servicios de salud es la falta de financiamiento público disponible para el MSPAS. Sin los suficientes recursos para proporcionar los servicios básicos, el MSPAS no podrá brindar suficientes servicios para cubrir a la población de bajo nivel de ingresos que depende de la atención gratuita o de bajo costo. En la actualidad tanto el IGSS como el sector privado sirven principalmente a los grupos de ingreso de nivel medio y alto.

Una limitante importante del nivel de financiamiento para el MSPAS es el porcentaje relativamente pequeño del presupuesto nacional total, el cual se aproxima al 12% del PNB y es uno de los más bajos en América Latina. No parece que el MSPAS pueda mejorar significativamente sus niveles de financiamiento a menos que el sector público en general reciba mayor parte de los recursos nacionales. Entre este sector, el MSPAS ha sido tratado tradicionalmente como sus contrapartes en otros países de la región, recibiendo aproximadamente el 8% del presupuesto nacional. Años atrás, este porcentaje ha ido en disminución, y ante la inflación creciente a principios de la década de los ochenta, el poder adquisitivo del MSPAS ha disminuído significativamente. Sólo recientemente se han tenido indicaciones que el MSPAS está recibiendo su nivel presupuestario histórico de 8% y que el presupuesto puede mostrar nuevamente crecimiento en términos reales.

Durante el período de disminución de gastos del MSPAS en comparación con los gastos totales del sector salud, la diferencia fue compensada por el sector privado, que sirve principalmente a los grupos de ingreso de nivel medio y alto. Es claro que este cambio en el gasto en salud no tendrá un impacto positivo en mejorar el estado general de salud de la población de Guatemala.

El MSPAS puede absorber los niveles altos de sus gastos de operación, sin embargo sus gastos de inversión no se han mantenido según los niveles planificados. Mientras que los gastos en inversión frecuentemente se atrasan, este problema se agudiza por el crecimiento rápido de programas de donantes que han puesto presión en los costos recurrentes y en los requerimientos de financiamiento de contrapartida. Muchos préstamos y donaciones no están siendo desembolsados con la rapidez que fue programada. La capacidad del MSPAS de absorver la asistencia extranjera debe evaluarse con mayor profundidad y se deben tomar medidas para reducir el flujo actual de ayuda del extranjero y poder utilizarla por mayor tiempo, o aumentar la capacidad del MSPAS de utilizar los fondos de una forma efectiva y oportuna.

Este problema es de especial interés en vista del reciente hallazgo que los proyectos de AID que han recibido financiamiento de la contraparte con incrementos periódicos son más aptos de continuar después de que se termina el financiamiento del exterior, que los proyectos que no requirieron de financiamiento nacional hasta su finalización. Una de las limitaciones del financiamiento de los donantes es la falta de financiamiento de contraparte disponible rápidamente, esto podría limitar el apoyo a largo plazo de proyectos por parte de AID, sin importar los fondos en moneda local del Financiamiento para Apoyo Económico y el Título I.

El sistema presupuestario del MSPAS es inadecuado para planificar, programar y monitorear efectivamente y no facilita el análisis de las prioridades del MSPAS. Sus categorías no están dirigidas a las actividades específicas de los programas o regiones meta. Un sistema presupuestario revisado podría diseñarse para mejorar los sistemas de planificación, programación y administración.

Las estimaciones del gasto relativo del MSPAS entre servicios hospitalarios y de atención primaria en salud sugieren que la mayoría de la prioridad presupuestaria está en la atención hospitalaria, que absorbe más del 80% del presupuesto del MSPAS. Aunque hubo una tendencia a aumentar la proporción del presupuesto del MSPAS dirigido a la atención primaria en la década de los años setenta, esta tendencia fue invertida rápidamente en la década de los años ochenta. Actualmente, hay algunos indicios que sugieren que se le está dando mayor proporción a la atención primaria, sin embargo, los hospitales aún reciben una proporción más grande de la que puede justificarse por los problemas de salud del país, los cuales se pueden atender mejor con programas de atención primaria en salud.

RECOMENDACIONES

1. AID debe utilizar discusión de políticas, estudios y asistencia técnica para estimular al Gobierno de Guatemala para que aumente su proporción de los ingresos nacionales. AID debe estimular la restauración del tradicional 8 porciento del presupuesto nacional para el MSPAS.

2. AID debe estimular servicios del sector privado para grupos de bajo ingreso. El gasto actual del sector privado no es probable que mejore el estado de salud de la población general sin hacer esfuerzos especiales para llegar a estos grupos.

3. El MSPAS con apoyo financiero y técnico de AID debe estudiar el actual sistema presupuestario para desarrollar e implementar una reforma presupuestaria importante que proporcione una base más efectiva para la planificación, programación y dirección. El desarrollo de este sistema presupuestario debe coordinarse con el desarrollo planificado del sistema gerencial de información.

4. El MSPAS debe empezar a establecer guías presupuestarias para identificar tendencias en el balance de gastos entre los sectores hospitalarios y de atención primaria. El proceso presupuestario debe involucrar señales claras que permitan aumentar recursos disponibles para el sector de atención primaria.

5. AID debe apoyar un estudio de la capacidad de absorción de asistencia del extranjero del MSPAS. Este estudio debe ser diseñado para que proporcione recomendaciones que mejoren

la capacidad del MSPAS de utilizar los fondos de una forma oportuna y efectiva y de proporcionar guías para disminuir el flujo actual de financiamiento del extranjero.

6. AID debe continuar pidiéndole al MSPAS que proporcione más financiamiento de contraparte en la vida de los proyectos actuales para estimular su continuidad.

3. Otros Sistemas de Apoyo

3.1 RECURSOS HUMANOS

En las últimas dos décadas esfuerzos importantes del gobierno de Guatemala y de los donantes han hecho mejoras significativas en la competencia técnica del personal que trabaja en el sector salud. Estas mejoras incluyen la actualización de los programas de capacitación profesionales para enfermeras y auxiliares de diferente tipo, la creación de nuevos programas de capacitación como el Técnico en Salud Rural y para los trabajadores de salud de nivel comunitario, y una serie de cursos cortos, de capacitación en servicio y seminarios de educación continuada para personal en posiciones asalariadas.

A pesar de este progreso, aún existen muchos problemas. La distribución de los diferentes trabajadores de salud capacitados continúa siendo inadecuada a los principales problemas de salud de Guatemala. Aunque existen deficiencias hipotéticas en todas las categorías de trabajadores de salud de acuerdo a las normas establecidas por el MSPAS, hay un exceso relativo de médicos disponibles en el país y una deficiencia de los trabajadores de salud de nivel inferior. Quizás más importante, es la proporción significativa de trabajadores de salud que están asignados a los hospitales y otras instituciones curativas, y lo mínimo de trabajadores de salud disponibles para los puestos con orientación más preventiva y en área rural, como los auxiliares de enfermería de los puestos de salud y los TSRs. Estos problemas de distribución reflejan la falla del MSPAS y de otras instituciones de cambiar las prioridades de servicios urbanos y curativos a los servicios más adecuados que son los preventivos y en áreas rurales y urbano-marginales.

Aunque los programas de capacitación actuales son efectivos y han sido fortalecidos por iniciativas importantes del importantes y por asistencia del extranjero, todavía adolecen de falta de materiales educativos para la capacitación y comunicación efectivas, y, en algunos casos, la calidad de la capacitación ha disminuído. Como lo mostró el reciente estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los proveedores de salud, los programas de capacitación existentes no superan las serias deficiencias de conocimiento de los practicantes.

El compromiso del gobierno de mantener y mejorar los programas de capacitación no ha sido consistente. Dos programas importantes y efectivos, el programa de capacitación de TSRs y el de auto-estudio para las auxiliares de enfermería han sido suspendidos por períodos indeterminados. Los materiales y manuales de capacitación no reciben el suficiente apoyo presupuestario necesario para mantener la calidad.

La capacitación de médicos también ha tenido una historia difícil. A principios de los años setenta, la facultad de medicina de la Universidad de San Carlos abrió su admisión a cualquier

estudiante que quisiera ingresar. Esta política produjo un flujo de estudiantes que primero agravó el problema de las instalaciones existentes y diluyó la calidad de la educación. El número de egresados fue más del triple, lo que puso presión significativa sobre el MSPAS y el IGSS para emplear a más médicos. Actualmente la sobre-oferta de médicos se dice es la responsable del descenso de los salarios en el sector privado, sin embargo, las huelgas recientes de los médicos en el sector público han tenido éxito y no han reducido significativamente los costos de la atención curativa por parte de los médicos a la sociedad. Además, la sobre-oferta de médicos no ha llevado a médicos a las áreas rurales con bajos servicios. Los médicos continúan concentrándose en la ciudad de Guatemala y las cabeceras municipales.

La propuesta reciente de establecer la Escuela Nacional de Salud Pública guarda la promesa de crear la base para una orientación más adecuada hacia los problemas de salud pública en el desarrollo de recursos humanos en Guatemala.

Recientemente, un estudio de la continuidad de los proyectos de salud en Guatemala concluyó que los proyectos con programas de capacitación como elementos principales son más propensos a ser continuados que otro tipo de proyectos. También encontró que los programas donde habían prospectos de que sus egresados fueran empleados eran especialmente fáciles de continuar. El estudio sugirió que la capacitación de profesionales a largo plazo en el extranjero, cuando se combinaban con programas de desarrollo del sector salud como sucedió en los años de 1950 con los programas de SCISP también pueden ser una forma efectiva de asegurar el liderazgo y la continuidad de las actividades del proyecto y sus beneficios. Con el nuevo mandato para AID de promover la continuidad de los proyectos, sería adecuado que los proyectos de AID se enfocaran en el desarrollo de recursos humanos.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS debe dar prioridad a la creación de más plazas asalariadas para los TSRs y auxiliares de enfermería en los puestos de salud. Se debería imponer una congelación de puestos para médicos en el sector público. Una vez el MSPAS haga los compromisos presupuestarios para estos puestos de atención primaria en salud, los programas de capacitación deben ajustarse al nivel de la demanda creada, en especial el programa de capacitación de TSRs en el INDAPS.

2. El MSPAS debe proporcionar incentivos salariales para atraer a médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería y TSRs a las áreas rurales.

3. AID debe proporcionar apoyo inmediato a la reproducción y distribución de los manuales de capacitación existentes y otros materiales en un proyecto diseñado para que el MSPAS pueda asumir progresivamente la responsabilidad financiera de este componente vital de la capacitación.

4. AID debe desarrollar un programa de capacitación de largo plazo para profesionales en el extranjero en manejo y administración de programas de salud para oficiales identificados por el MSPAS. El MSPAS debe contratar a estos oficiales para puestos adecuados a su regreso.

5. AID debe proporcionar apoyo para iniciar la formulación de la Escuela Nacional de Salud Pública.

6. El MSPAS, con el apoyo de AID, debe desarrollar e implementar un programa de largo plazo que sea sistemático, y consistente para los promotores de salud. Este programa debe incluir el desarrollo de un conjunto de capacitadores que ayudaran al personal del área de salud en la capacitación y supervisión. También debe incluir un componente de educación continuada para los promotores de salud existentes.

7. La Universidad de San Carlos debe estudiar la demanda y la distribución de médicos como una base para establecer criterios de admisión a la facultad de medicina y para el diseño de curriculum. Clases de menor tamaño podrían mejorar la calidad de la educación médica y el curriculum podría ser diseñado para proporcionar una capacitación adecuada a la demanda de especialistas y médicos generales.

3.2 LOGÍSTICA

El sistema de logística del sector público sufre de una serie de limitaciones. El problema central es la falta de un sistema de salud pública integrado y consistente. Hay muchos servicios del sector público que compran y distribuyen separadamente las medicinas. En algunos casos, hasta el sector privado colabora en la distribución de medicinas. Parece que hay poca coordinación entre estas unidades.

En segundo lugar, el sistema de distribución de salud pública es complejo y ha evitado el establecimiento de almacenamiento, transporte y distribución adecuados de las medicinas. El sistema de compras con sus compras periódicas a gran escala indica que los puestos y centros de salud son abastecidos periódicamente en las fechas de entrega y no de acuerdo a la demanda. El almacenamiento es inadecuado y muy centralizado. Sin una flotilla separada de vehículos para la distribución, el sistema depende del transporte de otras unidades. Finalmente, hay severas limitaciones en el mantenimiento de la cadena de frío para las vacunas.

En tercer lugar, hay un número excesivo de productos en la lista básica. El número de medicinas esenciales debe ser reducido para limitar los gastos.

Por último, el presupuesto para medicinas es muy limitado. El presupuesto de la Droguería Nacional para 1986 fue de sólo Q413,200.00 quetzales para la compra de medicinas para todos los centros y puestos de salud y farmacias estatales. Si se consideran todos los 848 centros y puestos de salud, significa que se asignaron Q40 mensuales para medicinas para cada uno.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proporcionar asistencia financiera y técnica para apoyar los esfuerzos actuales de reorganizar el sistema de compras y distribución del MSPAS. Se debe dar prioridad en mejorar la capacidad de almacenamiento, mejorar la cadena de frío en todos los centros de distribución, mejorar el sistema de transporte y fortalecer las habilidades técnicas y administrativas del personal del MSPAS.

2. AID debe proporcionar asistencia técnica al Laboratorio de Producción Biológica para establecer la capacidad de producción de sus propias vacunas.

3. AID debe apoyar un análisis completo de la lista básica de medicamentos que está comprando el MSPAS para establecer una lista más pequeña de los medicamentos esenciales.

4. AID debe financiar estudios de mecanismos de recuperación de costos que puedan proporcionar ingresos para cubrir los costos de los suministros medicinales.

3.3 SISTEMA GERENCIAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

El actual sistema gerencial de información en salud del MSPAS es inadecuado para las tareas de recolectar datos sistemáticos y adecuados y analizarlos en forma útil para manejar y planificar las actividades del sector salud. La Unidad de Informática centralizada, que es responsable de establecer estándares y procesar la mayoría de datos del MSPAS, está sobrecargada con datos no-sistemáticos que son reportados en formularios que no se han estandarizado y para los cuales el control de calidad es esporádico, cuando llega a hacerse. El personal no está preparado para analizar los datos de forma adecuada y oportuna. El sistema computarizado, aunque adecuado, necesita ampliarse, así como la instalación de software para analizar los datos. Los atrasos de la UI en informar han llevado al desarrollo de sistemas de recolección paralelos y redundantes para la planificación y programación de actividades. El personal de nivel local no se ha involucrado en el análisis de los datos y no tienen influencia sobre el tipo y uso de los datos que deben recolectar.

Los esfuerzos por mejorar el sistema de información gerencial en salud tienen promesa y deben ser reforzados. El proyecto piloto en Zacapa ha demostrado un medio de simplificar y estandarizar los formularios y de involucrar al personal de nivel local en el uso y análisis de los datos. AID está proporcionando software y hardware para computadoras y asistencia técnica de largo plazo para mejorar la capacidad del sistema.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS debe realizar talleres con el objetivo de evaluar el proyecto piloto de Zacapa y otros sistemas de información de la región. AID debe proporcionar apoyo para que expertos en sistemas de información gerencial en salud de otros países de la región asistan a estos talleres. Los talleres deben enfocarse en esfuerzos que han sido exitosos para simplificar la recolección de datos, encausar los informes y análisis, mejorar la supervisión y control de calidad y proporcionar retroalimentación de la información a los niveles locales donde se recolectan los datos.

2. El MSPAS debe unificar todos los sistemas de información en la UI para evitar la duplicidad de esfuerzos y sistematizar los informes.

3. AID debe continuar proporcionando asistencia técnica y material para mejorar el sistema de la UI del MSPAS. Estos esfuerzos deben ser diseñados para mejorar la capacidad técnica del personal de la UI y prepararlos para hacer el análisis de los datos con el software indicado.

4. AID debe proporcionar capacitación en el extranjero de largo plazo en análisis estadístico de los datos de salud para personal de la UI.

5. En la medida que se vaya rediseñando y mejorando el sistema de información se deben tener reuniones periódicas de información y capacitación con el personal de todos los niveles de recolección de los datos y con los usuarios potenciales de los datos y los análisis. Estas reuniones deben ser rutinarias para mejorar la forma de reportar, motivar al personal a utilizar los datos en la planificación y manejo y brindar apertura para que los usuarios puedan modificar el sistema.

4. Programas

4.1 SALUD MATERNO-INFANTIL

Las mujeres en edad fértil y los niños menores de 15 años constituyen el segmento más grande de la población guatemalteca. Los niños menores de 15 años representan más del 50% de la población. También es el segmento con el mayor riesgo y por lo tanto la población meta prioritaria para los servicios de salud. Tomando en consideración que solamente se puede tener confianza parcial en la disponibilidad de las estadísticas, el siguiente análisis presentará el estado de salud en detalle de esta población, discutiendo las tendencias históricas y comparando a Guatemala con otros países. Esta sección discute los problemas de mortalidad y morbilidad. Los aspectos de fecundidad y nutrición, que son parte integral de la salud materno-infantil, se discutirán en secciones separadas.

4.1.1 MORTALIDAD

Como se mencionó en la introducción, la estimaciones de mortalidad infantil varían considerablemente de fuente a fuente; sin embargo, hay un consenso general que aunque la mortalidad infantil ha seguido una tendencia de disminuir durante el período de post-guerra, todavía es muy alta, estando alrededor de 70 por 1,000 nacidos vivos.

Debido a que la mortalidad infantil está influída por muchos factores que no están bajo el control directo de las instituciones de salud, es más importante comparar a Guatemala con países con condiciones socio-económicas similares para evaluar la efectividad de los recursos del sector salud. La tendencia de disminución de la mortalidad infantil es similar a la del resto de los países de América Latina. Aunque está claro que Guatemala ha permanecido a un nivel más alto que el promedio para América Latina y mucho más alto que Costa Rica, la tendencia de la mortalidad infantil en Guatemala es similar a la de otros países con condiciones socio-económicas parecidas.

Estudios recientes sugieren que esta tendencia hacia la disminución puede no continuar. La tendencia general de disminución parece estar interrumpida durante del período de 1982-4, cuando varias fuentes estadísticas sugieren una aumento en la mortalidad infantil. Este

aumento coincide con una disminución económica general y con restricciones presupuestarias que afectaron especialmente las actividades de atención primaria en salud. También ocurrió en un período de inestabilidad política y con altos niveles de represión. No se tiene información de los niveles actuales de mortalidad infantil que puedan sugerir el retorno a la tendencia de disminución que se observó en la década de los años setenta.

Si se observa más detenidamente la distribución por edades, se ven diferencias importantes de riesgo que son consistentes con aquellas de otros países de bajo ingreso. El riesgo más alto está en el grupo etario de uno a cuatro años, donde ocurren el 18.4% del total de muertes. El segundo grupo de riesgo es el de niños de entre 28 días a un año de edad. Es en estos grupos etarios que la terapia de rehidratación oral (TRO) y las vacunas tienen mayor impacto en reducir la mortalidad.

Aunque no hay datos específicos para Guatemala, se sabe que los intervalos cortos entre nacimientos se correlacionan en alto grado con la mortalidad infantil y materna.

Un examen de las causas reportadas de muerte sugiere que disminuciones considerables en la mortalidad infantil podrían lograrse con las estrategias de supervivencia infantil como TRO, inmunizaciones, lactancia materna, espaciamiento de embarazos y monitoreo de crecimiento. Como lo anterior, estos datos son similares a los de otros países de América Latina con bajos ingresos. La primera causa de muerte entre el grupo de uno a cinco años es enteritis, que puede tratarse parcialmente con una estrategia efectiva de TRO. La segunda causa son las enfermedades respiratorias agudas, que aunque son difíciles de tratar pueden utilizarse ciertas medidas preventivas. La tercera y cuarta causas son sarampión y tos ferina para las cuales existe una vacuna eficiente. Programas de nutrición que fortalezcan la resistencia del individuo a procesos infecciosos y pueden disminuir la mortalidad por estas cuatro enfermedades y por la quinta causa de muerte, deficiencias nutricionales.

La mortalidad materna también es alta, oscilando entre 10 a 17 por 1,000 nacidos vivos. Las causas de muerte reflejan el alto nivel de abortos y los bajos niveles de atención y perinatal que reciben las madres en Guatemala. Sólo 22.4% de las nacimientos ocurren en un servicio de salud y sólo 42.8% son atendidos por personal capacitado. Estas estadísticas de nivel nacional disfrazan las diferencias regionales que son substanciales. En San Marcos, 87% de los nacimientos fueron atendidos por comadronas empíricas y sólo 1% por médicos, mientras que en la ciudad de Guatemala sólo 6% fueron atendidos por comadronas empíricas.

Las complicaciones médicas y la mortalidad asociada con abortos es un problema importante de salud. En 1977 fue responsable de la mitad de los casos de mortalidad materna, siendo aún la segunda causa de mortalidad materna en 1983. La encuesta sobre fecundidad y salud materno-infantil de 1983 encontró que cerca del 75% de las mujeres que habían tenido un aborto habían requerido atención médica y 40% fue hospitalizado.

4.1.2 MORBILIDAD

Las estadísticas de morbilidad son los datos de salud menos confiables de Guatemala. Sólo reportan el 20% de los casos que reciben tratamiento en las instalaciones de salud pública.

No se requiere que el sector privado reporte cifras de morbilidad. Además, varias fuentes reportan estos datos en categorías que no son comparables y frecuentemente con parámetros definidos vagamente. Aún así, los siguientes cuadros reflejan el estado de salud que no es diferente a los datos de mortalidad y es consistente con lo que se observa en otros países con niveles socio-económicos similares.

Las estadísticas de la morbilidad en consulta externa para niños entre uno y cinco años sugieren que las enfermedades respiratorias, infecciones intestinales y parasitarias y las deficiencias nutricionales son las causas más importantes de morbilidad. Distribuciones similares de las enfermedades se observan para el grupo de cinco a 15 años.

Los nacimientos, enfermedades del aparato urinario y de los genitales, infecciones intestinales, deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias son las causas principales de hospitalización.

4.1.3 DIFERENCIAS REGIONALES

Hay grandes diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre los diferentes departamentos y regiones de Guatemala. Como un todo, el área del altiplano, donde la población mayense es predominante, tiene los niveles más altos de mortalidad infantil y existe variación dentro de esta región y otros departamentos que reflejan las mismas tendencias.

De acuerdo a una evaluación basada en el índice general de las estadísticas de salud, las regiones prioritarias establecidas por el Plan Nacional de Supervivencia Infantil 1985-89 fueron Totonicapán, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Chimaltenango, Sololá, El Quiché y Quetzaltenango. Sin embargo, si se establecieran prioridades sólo en base a la mortalidad infantil también habría que darle prioridad a Escuintla, Santa Rosa, Baja Verapaz y Sacatepéquez.

4.1.4 RESUMEN DE PROBLEMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

El nivel de salud del segmento más grande de la población guatemalteca, mujeres en edad fértil y niños, es consistente con el de otros países de bajo ingreso. Mientras que las tendencias generales de salud están mejorando, aún están inaceptablemente altas y ameritan atención prioritaria. Esta prioridad es particularmente importante ya que las causas de muerte y de morbilidad más importantes se pueden tratar con estrategias de supervivencia infantil y atención primaria de salud.

Las enfermedades diarréicas son la causa principal de muerte entre niños de uno a cuatro años. La mortalidad de este grupo etario podría disminuirse significativamente por estrategias efectivas de TRO y de nutrición, así como mejorando el saneamiento ambiental y el suministro de agua potable.

Las enfermedades que pueden tratarse por programas efectivos de inmunización, en especial sarampión y tos ferina, están también entre las causas más importantes de mortalidad y morbilidad de los niños.

Esfuerzos más grandes en mejorar el estado nutricional, el espaciamiento de embarazos y la planificación familiar también podrían contribuir a la solución de estos problemas.

Los problemas importantes alrededor del proceso del nacimiento, incluyendo las complicaciones del parto y el aborto, siguen siendo causas de mortalidad materna y son causas importantes de hospitalización. Sin embargo, aún hay una baja utilización de los servicios de salud y de personal capacitado para la atención del parto.

Las diferencias regionales en los niveles de salud de los niños y de las madres sugieren que debe dársele mayor prioridad a los departamentos del altiplano, en especial a Totonicapán y Baja Verapaz, y a los departamentos de Escuintla y Sacatepéquez.

4.1.5 PROGRAMAS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Los esfuerzos realizados en la ampliación de la cobertura de atención primaria en salud de los años setenta fueron diseñados para darle prioridad a los programas de salud materno-infantil del MSPAS. Otras instituciones de salud como el IGSS y las ONGs han tenido programas importantes de salud materno-infantil durante décadas.

Recientemente, el MSPAS, el IGSS y varias ONGs y donantes internacionales le han dado prioridad a varios programas diseñados a enfocar la atención en los problemas de salud de madres y niños. Estos programas están diseñados para fortalecer los servicios tradicionales que han servido a la población meta en el pasado. En esta sección se discutirán las estrategias de TRO e inmunización (los motores gemelos de la estrategia de supervivencia infantil de AID). Los programas de planificación familiar y nutrición, que también son parte de las estrategias de supervivencia infantil y salud materno-infantil se tratarán por separado en secciones posteriores.

Aunque parece que hay un esfuerzo significativo reciente por mejorar la distribución de las sales de rehidratación oral (SRO) en todos los servicios de salud pública, y que hay planes para la producción local de SRO, el programa de control de enfermedades diarréicas se está iniciando recientemente con apoyo de OPS, UNICEF y AID. Todavía queda mucho por hacer para fortalecer este programa.

Primero, los estudios CAP que se han terminado necesitan ser analizados y discutidos por los proveedores de salud de todos los niveles del MSPAS y utilizados para fortalecer la capacitación, supervisión y educación en salud en TRO. Más estudios CAP de los trabajadores voluntarios de salud son necesarios para conocer los puntos fuertes y débiles de este nivel de proveedores de salud.

En segundo lugar, estudios de investigación operacional deben implementarse para evaluar los métodos alternativos de supervisión, educación en salud y otros vehículos de promoción para el uso de sales de rehidratación oral. Las recomendaciones que salgan de estos estudios deben ser implementadas en todos los niveles del MSPAS.

En tercer lugar, los costos de suministrar sobres de suero oral deben ser estudiados para evaluar las alternativas para que el gobierno mantenga un suministro sin el apoyo de los donantes.

En cuarto lugar, un programa completo de control de enfermedades diarréicas debe ser desarrollado e implementado por el MSPAS.

En años recientes, Guatemala ha iniciado, con apoyo considerable de donantes, varios programas para tratar los problemas de las enfermedades inmuno-prevenibles. Primero, el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1978, y luego el actual Programa de Supervivencia Infantil, que han enfatizado el enfoque continuo de canalización, así como campañas de vacunación en 1986. Hasta la fecha, estos programas han tenido un éxito limitado. La cobertura para las vacunas (sarampión, DPT, polio y BCG) permanece baja, entre 3% y 45%, lo que no es suficiente para disminuir significativamente la incidencia de estas enfermedades como lo demuestran las altas tasas de sarampión, tos ferina y tétano. Parte de los problemas de los programas de inmunización ha sido la falta de definición entre los diferentes enfoques de los donantes.

La canalización, que hace énfasis en los programas continuos de extensión a nivel de la comunidad, es prometedora, aunque existen algunas dudas sobre si la canalización impone una mayor carga a los trabajadores de salud de nivel comunitario. En cualquier caso, la estrategia requiere que se fortalezca, mejorando la supervisión, capacitación, apoyo logístico y la educación en salud a nivel de comunidad. Los estudios CAP recientes muestran que el conocimiento de estas enfermedades y las prácticas de inmunización de los proveedores es diferente y requiere de capacitación de refuerzo y supervisión. Información adicional sobre el conocimiento y las prácticas de la comunidad deben estar disponibles de otros estudios que actualmente se están ejecutando. Estos estudios pueden formar una base para mejorar el programa de inmunización del MSPAS. Métodos alternativos como los puestos de vacunación pueden ser considerados en áreas de menor densidad poblacional.

Probablemente el programa menos efectivo de inmunización del MSPAS fueron las Jornadas de Vacunación de 1986. No aumentaron significativamente la cobertura e interrumpieron los programas normales del MSPAS. Esta estrategia debe ser revisada críticamente por el Ministerio. Debe darse prioridad a la coordinación con los donantes para el fortalecimiento de los programas normales de inmunizaciones continuas.

Tratar las enfermedades respiratorias es más difícil y requiere una mejoría general en los programas de atención primaria que se discuten en otra sección de este informe.

La relación entre los intervalos entre nacimientos y la mortalidad infantil se reconoce generalmente en varios estudios. Los intervalos menores de dos años se han correlacionado con una alta mortalidad infantil. Aunque no hay información específica disponible en Guatemala, es probable que los esfuerzos para apoyar la planificación familiar tengan un impacto significativo en la mortalidad infantil aumentando el intervalo entre nacimientos. Los programas de planificación familiar se discuten en la Sección 5.3.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS y todos los donantes deben continuar dando alta prioridad a los componentes de TRO, inmunizaciones y espaciamiento de nacimientos de los programas de supervivencia infantil y deben utilizar la información generada por las encuestas y los proyectos de investigación operacional para el futuro diseño e implementación de programas.

2. El MSPAS debe revisar la canalización y evaluarla para obtener formas de disminuir la carga de los trabajadores de salud de la comunidad.

3. Ya que no fueron especialmente efectivas y causaron gran interrupción en los programas normales del MSPAS, el enfoque de las jornadas de vacunación debe ser analizado cuidadosamente y debe ser organizado si se utiliza en el futuro.

4. Estudios existentes sobre programas de TRO, inmunización y planificación familiar deben ser revisados y analizados por el Departamento Materno-Infantil, y las Unidades de Recursos Humanos y de Epidemiología para establecer guías para mejorar la supervisión, capacitación y educación en salud para programas de TRO e inmunizaciones.

5. Proyectos de investigación operacional en supervisión, capacitación y educación en salud para programas de TRO e inmunizaciones deben ser prioritarios en la Unidad de Investigación del MSPAS y AID debe apoyar estos proyectos a través de programas financiados centralmente, como PRICOR.

6. Dentro de los esfuerzos generales para fortalecer la supervisión se deben hacer esfuerzos especiales por el MSPAS para mejorar la supervisión de las actividades de TRO e inmunizaciones. Las visitas de supervisión rutinarias, las guías revisadas de supervisión y los mecanismos regulares de informes deben ser integrados a los procedimientos de supervisión y del sistema de información.

7. La Unidad de Educación en Salud del MSPAS debe darle énfasis al control de enfermedades respiratorias y prioridad en los mensajes de educación en salud. En coordinación con los programas de otras agencias del gobierno de Guatemala, el MSPAS deben establecer regiones prioritarias para los programas, basado en los distritos con alta incidencia de estas enfermedades.

8. Debe mejorarse la coordinación entre donantes para evitar enfoques contradictorios y competitivos para programas de TRO e inmunizaciones y desarrollar canales de comunicación para mayor conciencia de los cambios en la política y operación de los donantes. El Asesor de Asuntos Internacionales del MSPAS debe encabezar esta coordinación y, con las divisiones normativas adecuadas, establecer prioridades para la participación de los donantes en los programas futuros de TRO e inmunizaciones.

4.2 SALUD MATERNO-INFANTIL: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A pesar de la tendencia de disminución de la fecundidad en Guatemala, las tasas de fecundidad permanecen entre las más altas de América Latina. El proceso de urbanización y ladinización ha traído mayor aceptación de la anticoncepción, sin embargo, los efectos secundarios (dolor de cabeza, malestar, hinchazón) causados por los anticonceptivos orales, así como las barreras culturales y religiosas han limitado el uso de planificación familiar en las áreas mayenses, donde sólo el 4% de las mujeres en unión son usuarias de anticonceptivos. Está claro que los programas de planificación familiar deben darle prioridad a las mujeres de alto riesgo de las comunidades mayenses.

El gobierno de Guatemala no ha promocionado la planificación familiar activamente, sin embargo, ha permitido que organizaciones del sector privado, en especial APROFAM, proporcionen servicios de planificación familiar en áreas seleccionadas y ha puesto a disposición los servicios del MSPAS para que distribuyan anticonceptivos suministrados por APROFAM. El personal del MSPAS ha recibido capacitación en planificación familiar de una variedad de fuentes, incluyendo APROFAM. Varias agencias de reciente formación del sector privado, AGES e IPROFASA, están proporcionando educación sexual y ventas al por menor de anticonceptivos. Dada la falta general de esfuerzo por parte del gobierno, el sector privado ha sido el proveedor de planificación familiar más efectivo.

Aunque el actual gobierno no ha hecho el programa de planificación familiar una prioridad, aparenta estar más interesado que sus predecesores en la promoción de planificación familiar. Este interés ha resultado en mayor involucramiento del gobierno en la planificación de proyectos financiados por AID de planificación familiar. Este es un período en que se brinda la oportunidad de producir mejoras significativas en las actividades de planificación familiar. Sin embargo, está claro que sin el apoyo importante de los donantes, el gobierno no ampliaría ni mantendría actividades de planificación familiar.

RECOMENDACIONES

1. AID debe continuar apoyando los esfuerzos importantes de actividades de planificación familiar del sector privado:

   a. APROFAM debe recibir recursos para ampliar más sus servicios a áreas rurales y mayenses.

   b. AGES e IPROFASA deben continuar recibiendo apoyo de AID para mantener y ampliar sus programas.

2. AID debe apoyar el interés actual de parte del gobierno. Los proyectos de planificación familiar financiados por AID deben ser desarrollados con la completa cooperación del gobierno y negociarlos en un proceso de mutuo respeto. Además, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para integrar el proyecto a la estructura administrativa normal del MSPAS, especialmente, integrando las actividades al Departamento Materno-Infantil, la División de Recursos Humanos y todos los programas de educación en salud.

3. AID debe considerar apoyar las actividades de planificación familiar integradas a los programas materno-infantil del IGSS.

4. AID debe explorar la integración de la importante intervención de supervivencia infantil, el espaciamiento de embarazos en los servicios de planificación familiar, tanto públicos como privados. Se necesitan mayores estudios para explorar las medidas para fortalecer los servicios a madres en categorías de alto riesgo reproductivo (menos de 18 y más de 35 años de edad, más de tres hijos vivos, o primer hijo) y llegar a poblaciones de bajo uso de anticonceptivos (poblaciones mayenses, ladinos en el interior, mujeres sin educación primaria). AID debe financiar estudios de factibilidad, investigación operacional y proyectos piloto para evaluar estos objetivos.

4.3 MCH: NUTRICIÓN

La desnutrición es un problema importante de salud en Guatemala. Las encuestas nacionales de nutrición desde 1965 han encontrado que más de la mitad de la población padece algún grado de desnutrición. Los problemas prioritarios de salud que se han identificado son la desnutrición proteínico-energética, la hipovitaminosis A, la deficiencia de iodo, y las anemias por deficiencia de hierro y folatos. Aunque no hay buenos datos recientes de nivel nacional sobre los niveles de desnutrición, la mayoría de estudios sugieren una tendencia de deterioro en los años ochenta. En especial, los indicadores antropométricos sugieren que en los años setenta el número de niños con bajo peso para talla aumentó y que la deficiencia de vitamina A y el bocio endémico están aumentado en la década de los años ochenta.

No hay soluciones fáciles para la desnutrición. Un enfoque multisectorial aparenta ser lógico pero casi imposible de implementar. INCAP ha estado promoviendo los enfoques multisectoriales para la planificación en nutrición en todos los países de Centro América, sin haber tenido mayor éxito. Recientemente ha cambiado su énfasis, apoyando iniciativas de supervivencia infantil como TRO, inmunizaciones y lactancia materna, las que posiblemente tendrán un impacto indirecto en los niveles de nutrición.

Aún no está claro que los programas de alimentación sean la forma más adecuada de mejorar los niveles de nutrición. Sin embargo, los programas más grandes del gobierno están enfocados hacia estos esfuerzos. Es probable que estos programas continúen mientras los productos del PL-480 y de otros donantes estén disponibles. Sin embargo, a estos programas les falta una dirección clara y la coordinación que debería ser proporcionada por el gobierno. No hay criterios claros para la prioridad de las actividades, selección de beneficiarios, coordinación y el mejoramiento de la logística de la distribución.

Los programas para aumentar la producción de alimentos básicos y para aumentar la capacidad de los grupos de bajo ingreso para comprar alimentos son probablemente los medios para mejorar los niveles de nutrición. Estos programas deberían ser patrocinados en las agencias adecuadas del gobierno de Guatemala.

Está claro, sin embargo, que las instituciones de salud no han dado suficiente énfasis a la educación nutricional, la vigilancia nutricional y las intervenciones específicas como la fortificación

de alimentos que puede ser efectiva. Los programas de educación nutricional necesitan financiamiento adecuado y prioritario. Los trabajadores de atención primaria en salud necesitan dar más atención a la educación y vigilancia nutricional.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS debe establecer un plan de coordinación claro y detallado para todos los programas de distribución de alimentos en el país. Este plan debe establecer prioridades para productos, distribución, y criterios para la selección de beneficiarios. INCAP, a través del proyecto regional para programas de alimentos financiado actualmente por AID, debe proporcionar asistencia técnica para el desarrollo del plan de coordinación.

2. AID debe proporcionar apoyo a estudios de costo-beneficio de los diferentes enfoques de alimentación complementaria y rehabilitación nutricional.

3. El MSPAS debe actualizar su programa de educación nutricional. INCAP y otras instituciones con experiencia en educación deben proporcionar más asistencia técnica. El Departamento de Nutrición y el Departamento de Educación en Salud deben recibir apoyo presupuestario y personal adecuado para tener mayor iniciativa en esta área. AID debe proporcionar financiamiento para esta asistencia técnica y fondos de inicio para las actividades de educación en salud.

4. AID debe apoyar proyectos de producción agrícola de alimentos básicos y otros proyectos que generen ingresos para mejorar la disponibilidad de alimentos y el poder adquisitivo de los habitantes de bajo ingreso.

4.4 MALARIA

El programa de control de la malaria en Guatemala es llevado a cabo en forma eficiente, operando en forma tradicional, dependiendo de la fumigación domiciliar, con vigilancia y terapia contra la malaria que se distribuye a través de un sistema de colaboradores voluntarios. Ha recibido consistentemente, aunque inadecuado, financiamiento de recursos nacionales, que se encuentran amenazados por el poder adquisitivo de la moneda nacional. El suministro de insecticidas para la fumigación futura es inadecuado, y los vehículos y equipo son viejos y necesitan ser reemplazados.

Los casos de malaria en promedio han sido 67,100 casos anuales (7.9% **P. falciparum**) durante cinco años (1981-1985); hubo una disminución de 26% en el número de casos confirmados en 1985 y esta disminución continuó durante los primeros seis meses de 1986. La fumigación se ha disminuído continuamente desde 1980 debido a los recursos decrecientes. La razón de la disminución en el número de casos, especialmente en la costa del Pacífico no se conoce, pero una disminución similar se observó en El Salvador en ambientes ecológicamente similares.

La disminución en las operaciones de fumigación en los últimos cinco años no ha resultado en un aumento de malaria en el país. Esto puede indicar que una mayor número de los casos reportados puede ser debido a recaídas, que no son afectadas por la fumigación. Estudios sobre

el contacto hombre-mosquito hacen esto más claro. Si es cierto, el control de malaria puede ser logrado a través de una distribución mejorada, lo que puede incluir algunos aspectos de vigilancia y distribución de drogas a través de servicios alternativos, como los sistemas de APS. En cualquier caso, el conocimiento mejorado de la dinámica de transmisión y la vigilancia estratificada de los casos es esencial.

El programa de control de la malaria ha alcanzado lo que se conoce como operaciones estáticas. Los recursos financieros limitados no proporcionan reemplazo del equipo viejo ni compra de insecticidas para proporcionar la cobertura de niveles pasados. Sin embargo, el costo de los insecticidas, especialmente los que se necesitan para sobrepasar la resistencia que se ha desarrollado con los compuestos más baratos, es prohibitivo como la única solución al problema de la malaria. Se necesita desarrollar nuevas estrategias de vigilancia y control para utilizar los escasos recursos en una forma más efectiva, mientras que al mismo tiempo se enfoquen los esfuerzos en áreas focales.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proporcionar financiamiento y asistencia técnica para apoyar investigaciones operacionales sobre varias estrategias de vigilancia y control. Debe considerarse la información sobre la densidad de la población de vectores, conducta y relación a las actividades humanas, y los resultados y los datos deben utilizarse en el proceso de estratificación. Las universidades nacionales deben ser estimuladas para participar en la investigación en colaboración con SNEM. Un objetivo central de estos estudios podría ser encontrar formas de disminuir la dependencia en la estrategia actual de fumigación domiciliar con insecticidas químicos. Las estrategias de disminución de fuentes debe ser evaluada con financiamiento local de AID.

2. El MSPAS debe continuar la estrategia de integrar los programas de vigilancia y tratamiento de la malaria al sistema de entrega de atención primaria en salud. Sin embargo, el control de vectores debe continuarse administrando centralmente como un programa vertical para facilitar las necesidades de logística.

3. Los programas de capacitación, supervisión y educación en salud de la Unidad de Recursos Humanos del MSPAS deben ser fortalecidos para mejorar el conocimiento sobre la vigilancia y control de la malaria -- especialmente a nivel de los auxiliares de enfermería y de TSR. AID debe apoyar el desarrollo de módulos de capacitación específicos sobre malaria.

4. El MSPAS, con apoyo de AID, debe mejorar e integrar su sistema de vigilancia de malaria al sistema de información de salud de la Unidad de Informática. Este esfuerzo debe ser coordinado con otras reformas del sistema de información de salud que AID está apoyando actualmente.

4.5 AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL

Una de las limitaciones claves de los programas de agua potable y saneamiento ambiental, especialmente aquellos que están dirigidos a las áreas rurales y urbano-marginales es su dependencia de financiamiento del extranjero. Pocos recursos nacionales se destinan a inversiones

en estas áreas. Es probable que esta dependencia continúe ya que no hay indicios que el financiamiento de los donantes para programas de agua potable y saneamiento ambiental disminuya en un futuro próximo. Sin embargo, sería conveniente que el MSPAS y los donantes desarrollaran un plan a largo plazo para el apoyo continuado para los proyectos prioritarios. Este plan podría establecer un programa para aumentos graduales en financiamiento guatemalteco para programas de agua potable y saneamiento ambiental.

Una segunda limitación es la multiplicidad de agencias guatemaltecas que proporcionan programas de agua potable y saneamiento ambiental. La presencia de dos grandes donantes (AID y BID) y de varios pequeños ha contribuído a la fragmentación del suministro de agua en áreas rurales y del sector de saneamiento ambiental. Como resultado, la coordinación es pobre, los estándares de diseño y de recuperación de los costos que se practican varían grandemente, la efectividad del proyecto mismo está obstruída. A pesar de la formación de COPECAS, la agencia nacional de coordinación para este sector, se ha hecho poco para asegurar que se desarrollen diseños más costo-efectivos y prácticas consistentes de recuperación de costos. Las implicaciones para este sector son más severas para el futuro (a medida que los proyectos se han tornado más complejos) de lo que fueron para el mantenimiento pasado y las inversiones actuales.

La mayoría de programas de agua potable y saneamiento ambiental se han involucrado principalmente en la construcción y no le han dado énfasis a la participación comunitaria ni a la educación. Está claro que estimulando la participación comunitaria se aumenta el impacto de los sistemas de agua potable y saneamiento ambiental.

Aunque existen esfuerzos de control de calidad que están siendo implementados para evaluar la calidad de agua en la ciudad de Guatemala, no existe un programa sistemático para evaluar el agua en el resto del país.

Es importante hacer notar que los sistemas de agua potable rurales en el futuro pueden requerir mayores esfuerzos de mantenimiento. Los actuales sistemas por gravedad son relativamente fáciles y baratos de mantener. Sin embargo, la mayoría de sitios donde los sistemas por gravedad son adecuados ya tienen otro sistema existente. La mayoría de sistemas en el futuro tendrán que ser más complejos, requiriendo bombas que necesitan mantenimiento constante. Este hecho sugiere que se necesitarán más recursos en el futuro para la continuidad inmediata de producción de proyectos.

RECOMENDACIONES

1. El gobierno de Guatemala debe desarrollar un plan programado para coordinar el apoyo a largo plazo para los programas de agua potable y saneamiento ambiental. Este plan debe involucrar la negociación entre los donantes del extranjero para desarrollar prioridades adecuadas y gradualmente pasar el financiamiento al gobierno de Guatemala en los próximos diez años. AID debe proporcionar asistencia técnica para el desarrollo de este plan.

2. El gobierno de Guatemala debe fortalecer la capacidad legal y de organización de COPECAS con el objetivo de unificar eventualmente los programas de agua potable y saneamiento ambiental en una sola autoridad nacional. AID debe proporcionar asistencia técnica para este objetivo.

3. Todas las instituciones que implementan programas de agua potable y saneamiento ambiental deben darle prioridad al fortalecimiento de actividades que involucren participación comunitaria. Estos esfuerzos pueden involucrar el desarrollo de un grupo de promotores de agua potable y saneamiento y/o la coordinación con los TSRs del sistema de atención primaria en salud del MSPAS.

4. Para tratar el problema de la necesidad de alternativas a los sistemas por gravedad en las áreas donde no son factibles estos sistemas, AID debe financiar estudios de factibilidad de tecnología apropiada para futuros proyectos de agua potable en áreas rurales.

5. AID debe proporcionar apoyo a la ampliación del programa de evaluación de los servicios de agua potable en todo el país.

5. Estrategias de AID para los Próximos Cinco Años

Las limitaciones indicadas anteriormente son problemas significativos a nivel de toda la institución y no han sido enfocadas efectivamente por los programas verticales que AID ha apoyado en el pasado. Los actuales proyectos de supervivencia infantil y de planificación familiar también se han enfocado en actividades de los programas específicos sin importar las limitantes institucionales más amplias. El fracaso de estos programas de lograr sus metas más importantes es testimonio de las limitaciones institucionales generales.

Es el momento de darle una importante evaluación al enfoque de AID hacia el sector salud. Los esfuerzos para apoyar la reforma institucional principal pueden ser más efectivos que el enfoque pasado de dirigirse en forma vertical y por partes. Un proyecto integrado del sector salud que tiene como base componentes a nivel de institución para reformas administrativas y de manejo pueden estar dirigidas a una variedad de áreas programáticas específicas (supervivencia infantil, planificación familiar), al mismo tiempo pueden proporcionar recursos y asistencia técnica para un mejoramiento administrativo (manejo de información, logística, abastecimiento, reestructuración organizativa). Un proyecto integrado podría tener un equipo base de asistencia técnica que podría coordinar los esfuerzos en varias actividades programáticas específicas para que las mejoras administrativas impactaran inmediatamente a los programas y proporcionaran la base para sobrepasar la actual fragmentación institucional.

El contexto político actual parece ser adecuado para tal esfuerzo. El gobierno democrático ha iniciado varias reformas que potencialmente pueden llegar lejos. Ha empezado a aumentar la base de los impuestos del sector público y ha implementado una serie de medias para estimular la descentralización y reformas administrativas en el sector público. Además, la respuesta hacia AID parece estar del lado positivo después de un período de ambivalencia hacia la asistencia americana. Finalmente, con el flujo de financiamiento de todos los donantes internacionales, pueden haber recursos significativos para un esfuerzo colectivo mayor entre los donantes y con el gobierno para lograr estas reformas.

El interés actual en promover la continuidad de los proyectos financiados externamente se ha convertido en tema central para la comunidad donante y en el gobierno de Guatemala. Un estudio

reciente sobre la continuidad de los proyectos financiados por los Estados Unidos sugiere que los factores institucionales son críticos para la continuidad de las actividades del proyecto y los beneficios después que se termina el financiamiento externo. Las instituciones que están integradas, con personal calificado y capacidad de absorber las actividades del proyecto utilizando financiamiento nacional tienen más probabilidades de implementar proyectos contínuos. Si AID está seria sobre promover la continuidad, debería dirigirse hacia estos factores institucionales con actividades más importantes de los programas.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proponer al gobierno de Guatemala un proyecto más importante para el sector salud, que tenga administración de base y un componente de mejoramiento administrativo que integre una variedad de las intervenciones de los programas de supervivencia infantil y planificación familiar. Este proyecto debe tener la suficiente magnitud para lograr un impacto institucional importante. Debe involucrar a un equipo base de asistencia técnica que sea completamente aceptado por el gobierno de Guatemala y que pueda proporcionar una base para integrar las intervenciones separadas de los programas.

2. AID debe tomar la iniciativa de guiar a otros donantes para empezar a coordinar las grandes cantidades de financiamiento extranjero alrededor de los objetivos de una reforma institucional de importancia, considerando la continuidad a largo plazo de las actividades de los programas en vista del fortalecimiento de la capacidad de absorción del MSPAS.

El problema central del apoyo de AID hacia programas del sector privado es que con la excepción de dos grandes ONGs que dependen grandemente del financiamiento de AID (CARE y APROFAM), cada programa del sector privado es administrado por organizaciones pequeñas con coberturas limitadas. AID puede continuar apoyando pocos de estos programas, pero no tiene suficiente personal para administrar un número grande de proyectos de pequeña escala. Es más, actualmente no existe una organización que pueda coordinar los programas del sector privado y a través de la cual podría AID canalizar su ayuda.

El programa futuro de AID para el sector privado debe desarrollar mecanismos para proporcionar financiamiento de gran escala a los programas del sector privado. Debe continuar apoyando a CARE y APROFAM, ya que ambos no pueden mantenerse sin la ayuda de AID. Sin embargo, AID debe evitar hacer a otras ONGs dependientes de su financiamiento a gran escala.

AID también debe proporcionar algún apoyo a los programas auspiciados por los patronos que están dirigidos a los grupos de bajos ingresos y de alto riesgo. Debe monitorear y evaluar estos esfuerzos, proporcionar asistencia técnica donde sea adecuada y promover programas efectivos.

Para otros programas del sector privado, AID debe proporcionar incentivos para la creación de una organización que pueda proporcionar administración de refuerzo y evaluar los proyectos de pequeña escala de las ONGs, y ser el intermediario responsable entre las ONGs y AID.

RECOMENDACIONES

AID debe desarrollar un planteamiento múltiple para apoyar los programas del sector privado.

1. Debe continuar financiando los programas importantes de APROFAM y CARE y otros programas de pequeña escala como AGES y Agua del Pueblo.

2. AID debe apoyar los programas de salud auspiciados por patronos que están dirigidos a grupos de bajos ingreso y alto riesgo. Debe proporcionar dinero y asistencia técnica para iniciar, monitorear y evaluar programas y proporcionar los medios para promover este enfoque con otros patronos.

3. AID debe promover el desarrollo de una organización efectiva para canalizar los recursos de las ONGs locales. Debe desarrollar incentivos para la cooperación entre ONGs y establecer la capacidad administrativa de la organización para que proporcione la administración y el respaldo para mucho proyectos de pequeña escala de las ONGs.

ANALISIS DEL SECTOR SALUD DE GUATEMALA

1. Aspectos de Contexto

1.1 SITUACIÓN DE SALUD

Guatemala es uno de los países más poblados y diversos de Centro América. En muchos de los aspectos económicos y de salud es similar a sus vecinos inmediatos Honduras, El Salvador y Nicaragua. Comparada con los países más ricos como Costa Rica y Panamá, los niveles de salud de Guatemala son bastante bajos. (Cuadro 1.1.)

Se estimó que la población de Guatemala era de 8.2 millones de habitantes en 1895. Mientras que la mayoría de la población vive en áreas rurales, existe un aumento en la urbanización, 43% de la población estaba en áreas urbanas en 1985, comparado con el 31% en 1950. Más del 34% de la población vive en poblados de menos de 500 habitantes. Existe el problema creciente de la población de áreas marginales urbanas, algunos estiman ésta en 350,000 habitantes ó 20% de la población de la ciudad de Guatemala.

Los niveles de pobreza en Guatemala son extremadamente altos. La estimación hecha por CEPAL para 1979-80 encontró que 71.1% de la población no podía cubrir sus necesidades básicas, el nivel de pobreza más alto en Centro América.[1]

Los niveles educativos también son los más bajos de Centro América. En 1980 45.6% de la población era analfabeta. En Honduras, el 33.2% era analfabeta.[2]

Existen diferencias étnicas y regionales considerables, aproximadamente el 40% de la población se identifica como *indígena*, una población que continúa hablando una de más de 20 lenguas mayenses y adoptan costumbres y vestidos tradicionales. El restante 60% son *ladinos*, quienes han adoptado el vestido occidental y hablan español. La población mayense está concentrada en el altiplano occidental y central y los ladinos en la ciudad de Guatemala y en los departamentos de oriente.

Como es típico en muchos países en desarrollo, la población de Guatemala es muy joven, aproximadamente el 50% es menor de 15 años. Las mujeres en edad fértil y los niños constituyen la gran mayoría de la población total.

En las tres décadas pasadas ha habido una disminución significativa en las tasas de nacimientos y de fecundidad. La tasa de nacimientos disminuyó de 48.9 en 1953-7 a 37.0 en 1983. La tasa de fecundidad disminuyó de 7.9 en 1950-55 a 6.4 en 1975-80. Sin embargo, estas tasas están por encima de las tasas promedio para Centro América.

---

1 CEPAL, **Boletín Demográfico. Año XIV, No. 28.**
2 Hernan Delgado, **La Situación Alimentaria Nutricional en Centroamérica y Panamá**, INCAP, 1987.

Cuadro 1.1

Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 Nacidos Vivos
Países Seleccionados de América Latina
1960 - 1985

País	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1985
Países de Bajo Ingreso:					
Guatemala	128.1	115.3	90.2	79.0	67.7
Honduras	136.8	124.0	110.7	95.4	84.5
Ecuador	132.3	114.5	100.1	86.0	77.2
Peru	152.2	132.7	106.5	93.5	81.9
Países de Mediano Ingreso:					
Costa Rica	70.6	60.3	50.9	29.3	25.7
Colombia	84.5	74.2	66.9	59.4	53.3
Venezuela	76.9	64.9	52.4	44.8	38.6

FUENTE: Programa de Salud Materno Infantil de la OPS. **Mortality and Human Policy.** Rome. CELADE, abril de 1983. (IESA/ICP. 1984/ECIV/12).

Las estimaciones publicadas de mortalidad infantil oscilan entre 79.8 y 67 por 1,000 nacidos vivos, con una tasa de mortalidad de menores de cinco años de 15.5 por 1,000.[3] Algunos investigadores hacen estimaciones de 100 para todo el país y de aproximadamente 200 en ciertas áreas rurales. Más del 50% de las muertes de niños menores de un año son causadas por enfermedades del tracto respiratorio y digestivo y por enfermedades infecciosas o por parásitos.[4] Se calcula que el 22.8% de la mortalidad infantil se debe a enfermedades diarréicas solamente. La mortalidad relacionada con el sarampión en niños menores de un año es alta: 220 por 100,000 para 1983. De igual forma, la mortalidad por tos ferina en niños menores de un año era de 181 y por tétano era de 50.5.[5]

La mortalidad por polio había estado disminuyendo en 1980, pero a raíz de los brotes epidémicos en la década de los años ochenta, la tendencia se ha revertido. La malaria continúa siendo una de las enfermedades trasmisibles en Guatemala con 63,024 casos confirmados en 1983, el equivalente al 43.4% de la morbilidad reportada debido a enfermedades trasmisibles.

---

3 Elizabeth Burleigh, **Child Survival Baseline for Central America and Panama: 1986.** ROCAP, Guatemala, 1987.

4 OPS, Guatemala: **Recopilación y Ordenamiento de Información para Diagnóstico de la Situación de Salud y su Relación con el Desarrollo Económico. Tomo I,** 1985. Citada subsecuentemente como OPS, Guatemala, 1985.

5 Op. Cit., Tomo II.

La desnutrición es un problema de salud significativo en Guatemala. Las encuestas nacionales de nutrición han encontrado desde 1965 que más de la mitad de la población sufre algún grado de desnutrición. La desnutrición proteínico-energética, la hipovitaminosis A, la deficiencia de yodo y las anemias relacionadas con folatos han sido identificados como problemas nutricionales prioritarios. La desnutrición está íntimamente relacionada con la mortalidad y morbilidad de infantes y niños.

Un peligro ambiental importante es la intoxicación por pesticidas. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ha reportando tantos como 797 casos en 1985 y esto representa una baja estimación del problema.

En conclusión, los problemas de salud de Guatemala son típicos de los países más pobres de la región Centroamericana. Ha habido algún progreso en las últimas décadas, pero los altos niveles de fecundidad y la mortalidad infantil por enfermedades prevenibles sugieren que los problemas están presentes en la gran mayoría de la población: madres y niños menores de cinco años. actualmente esta población meta y estos problemas de salud son áreas prioritarias para el gobierno de Guatemala y para la comunidad internacional de donantes, incluyendo AID, que han enfocado su atención en estrategias de supervivencia infantil y en proyectos de agua potable y saneamiento ambiental.

1.2 ASPECTOS SOCIO-CULTURALES

Una de las características relativamente únicas de Guatemala es su diversidad cultural. Existe una diferencia central entre la cultura *indígena* o cultura mayense y la del *ladino* o cultura occidentalizada. Esta diferencia ha llevado a barreras significativas a la promoción de salud y servicios de salud.

Las diferencias entre indígenas y ladinos son más culturales que físicas. A medida que los indígenas aprenden sobre la cultura occidental ha habido una tendencia evolutiva de aumentar la ladinización. Se calculó que los indígenas constituían aproximadamente el 43% de la población en 1973 y que la proporción hoy en día es menor. Las comunidades mayenses están caracterizadas por una variedad de lenguas: existen más de 20 diferentes lenguas en los cuatro grupos lingüísticos principales y hasta 60 dialectos que son hablados por 2.4 millones de personas. Aunque más mayenses están aprendiendo el español, esta diversidad aún inhibe la comunicación entre proveedores de salud y pacientes.

Ambas culturas tienen sistemas complicados de creencias que afectan las prácticas de salud y nutrición. En las comunidades ladinas pobres de Oriente se han guardado una serie de creencias europeas del medievo aparentemente disimuladas por elementos occidentales modernos. En el altiplano mayense y en la costa del Pacífico, dominan varias creencias y prácticas tradicionales mayenses. Estos sistemas incluyen la creencia del "mal de ojo" y el miedo mágico llamado *susto*, ambas condiciones requieren de alguna clase de exorcismo o restauración de las influencias espiritistas. Las creencias sobre alimentos clasifican algunos alimentos como "calientes" y otros como "fríos", y requieren de hábitos alimentarios específicos. No son sistemas bien definidos, más bien elementos que se encuentran en las diferentes comunidades. También existe una interpretación de las ideas médicas occidentales sobre los síntomas y causas de la enfermedad.

Las creencias tradicionales indican varias estrategias de búsqueda de servicios de salud, desde la automedicamentación hasta tratamientos rituales con medicinas herbales y brujería. Las comunidades tradicionales tienen varios especialistas de salud llamados *sobadores*, los cuales incluyen *comadronas*, *rezadores*, o especialista en oraciones y *curanderos*, una especie de médico empírico que utiliza algunas prácticas de la medicina occidental, drogas comerciales y aplica inyecciones. En algunos casos, estos especialistas tradicionales son consultados cuando no funciona la automedicamentación; sin embargo, si la enfermedad es severa, generalmente son substituídos con los servicios occidentales: hospitales y centros de salud. Sin embargo, los hospitales se perciben como antesalas a la muerte ya que son consultados generalmente cuando la enfermedad está muy avanzada y es muy probable que el paciente muera.

Un estudio reciente de 46 episodios de enfermedades en La Democracia, Escuintla, mostró que sólo siete fueron tratados con hierbas, mientras que 30 fueron tratados con medicinas adquiridas en farmacias. Cinco fueron tratados por los proveedores tradicionales y tres en instalaciones del Ministerio de Salud.[6] Otros estudios sugieren que los proveedores de salud comunitarios son percibidos como más compasivos, prestando mayor atención a las necesidades del paciente, llamándole menos la atención al paciente y con más posibilidades de tener medicinas que los proveedores de salud del sector público. Sin embargo, los especialistas de la comunidad son vistos como proveedores de diagnósticos, mientras que los centros de salud son vistos como proveedores tanto de diagnóstico como de curación.[7] Los problemas de comunicación entre los proveedores de salud del MSPAS, quienes hablan generalmente sólo español, y los mayenses, quienes hablan uno de los muchos dialectos, pueden ser barreras importantes de la entrega de servicios de salud. Además, las actitudes prevalentes de la superioridad de los ladinos algunas veces hace que los proveedores de salud ladinos traten a los pacientes mayenses con indiferencia, arrogancia e impaciencia.

En el caso específico de la planificación familiar, la comunidad mayense no ha sido particularmente sensible a la anticoncepción. Un estudio de APROFAM de 1983 encontró que sólo el 5% de las mujeres mayenses cuyo último embarazo no fue deseable estaban utilizando anticonceptivos, comparado con 42% de las mujeres que vivían en el departamento de Guatemala y 28% de las mujeres ladinas que vivían en otro lugar.[8] Existen datos recientes que sugieren que estas actitudes están cambiando y que la aceptación de anticonceptivos por las mayenses está aumentando.[9]

Las comunidades mayenses, sin embargo, tienen una fuerte organización interna basada en ritos tradicionales y religiosos. Estas organizaciones locales pueden proporcionar una base significativa para la participación comunitaria en proyectos de salud si los programas diseñados a incluir la participación comunitaria son sensibles a la cultura local. Un programa importante de

---

6 Estudio realizado para la Evaluación Original del Sector Salud, 1986.

7 Méndez Dominguez, Alfredo. **Illness and Medical Theory among Guatemalan Indians. Heritage of Conquest Thirty Years Later.**

8 Pineda, Maria Antonieta y Guerra, Sandra. **Encuesta de Planificación Familiar y Salud Materno Infantil.** Guatemala 1983.

9 Grupo de Trabajo sobre Planificación Familiar, **Taller sobre la Continuidad de Proyectos de Salud en Guatemala Apoyados por el Gobierno de los Estados Unidos**, Antigua, Guatemala, Septiembre, 1987.

atención primaria que se inició en la década de los años setenta, el programa del Técnico en Salud Rural (TSR) fue diseñado para organizar la participación comunitaria estimuló a los TSRs, muchos de los cuales hablaban lenguas mayenses, a respetar las normas culturales locales.

En resumen, los sistemas de medicina tradicional y occidental son percibidos generalmente por los guatemaltecos del área rural como alternativas complementarias, que ofrecen servicios importantes a diferentes etapas de la enfermedad. Sin embargo, las barreras culturales entre las culturas ladinas y mayenses aún inhibe la comunicación entre los proveedores y los pacientes, y puede ser posible que reduzcan la utilización de las instalaciones de salud del sector público. Además, la cultura mayense tiene una resistencia fuerte a las actividades de planificación familiar, que sólo recientemente muestra señas de modificarse.

1.3 ASPECTOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

La economía de Guatemala impone una variedad de limitaciones al estado de salud de la población y a los sistemas de atención en salud diseñados a mejorar ese estado. El bajo nivel de los recursos económicos disponibles de la mayoría de la población pobre ha limitado su capacidad de proveerse de suficiente alimentación, saneamiento, educación y otros factores que tienen relación significativa con el estado de salud. No existe información disponible sobre el ingreso de los diferentes segmentos de la población; sin embargo, estudios realizados en la década de los años sesenta indicaron que la distribución de ingreso en Guatemala era tan sesgada en contra de la mayoría que no era probable que aún un crecimiento económico general mejorara significativamente el estado de salud de esta mayoría. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (1980-81) encontró, en base a una estimación del costo de la "canasta básica" necesaria para cubrir las necesidades nutricionales, que el 71% de la población total y 84% de la población de áreas rurales no tenía suficiente ingreso para adquirir esos alimentos. SEGEPLAN calcula que 2.68 millones de personas viven en "pobreza extrema"; 250 mil familias viven del producto de parcelas menores de 10 manzanas y que 200 mil personas son trabajadores agrícolas no-calificados.[10]

Los servicios de salud también están limitados por la situación económica, ya que el sector público que proporciona la mayoría de estos servicios depende de los factores económicos para su parte de los recursos nacionales. en esta sección se revisa la situación económica general del país, la proporción del gobierno del producto nacional total y la proporción del sector de salud pública del presupuesto nacional. En la sección 5, se examinará en detalle la distribución financiera de los recursos del sector salud.

La agricultura domina la economía guatemalteca, siendo responsable por más de un cuarto del producto nacional. Las exportaciones agrícolas de las que depende el comercio exterior de Guatemala, incluyen productos primarios que son exportaciones tradicionales de la mayoría de sus vecinos: café, algodón, azúcar, carne, cardamomo y bananos. Estos productos han tenido poco mercado a través de los años setentas y ochentas. Hay pocas posibilidades que estos productos proporcionen una fuente grande de crecimiento económico en el futuro próximo.

---

10 Citada en Delgado, **Situación Alimentaria Nutricional de Guatemala**, julio 1987

En términos globales, la economía guatemalteca creció rápidamente desde 1950 hasta 1978, cuando inició una depresión fuerte y sostenida que aún afecta severamente el prospecto de este país. (Gráfica 1.1) Este crecimiento resultó de una producción agrícola aumentada, en gran medida como un productos del programa de eradicación de la malaria que abrió grandes cantidades de tierra fértil para el cultivo y del programa de diversificación económica que enfatizó el desarrollo industrial, que también se benefició de la participación técnica y financiera de AID.

La depresión regional producida por la Huelga Bananera de 1954 fue seguida por un crecimiento dramático de la confianza de los inversionistas y de la asistencia técnica posterior al golpe de estado que hizo retroceder las reformas sociales que se habían dado en los años anteriores, produciendo un crecimiento real de más de 9 porciento en 1956. Durante la década de 1960 la participación en el Mercado Común Centroamericano trajo beneficios substanciales a la economía nacional, y éstos continuaron hasta principios de los años sesenta. El crecimiento económico real tuvo un promedio de 3.8 porciento anual durante los años cincuenta, 5.5 porciento en los años sesenta y 5.7 porciento en los años setenta. Surgieron evidencias que sugerían una deficiencia estructural en 1973-75 pero la cantidad de asistencia internacional después del terremoto postergó por dos años la recesión inminente.

Como en otros países de bajo ingreso, la recesión mundial de principios de los años ochenta ha permanecido en Guatemala. El país no ha participado en la recuperación económica surgida en los Estados Unidos y otros países. Internacionalmente, Guatemala continúa afrontando disminuciones en términos de comercio, aumentos en proteccionismo en relación a exportaciones industriales potenciales, fuga de capitales, retiro de inversiones extranjeras y el problema familiar proveniente de la deuda externa. Estas circunstancias externas se han reforzado una a otra para obstruir la economía.

Coincidiendo con la recesión mundial ha estado la agitación política de la región Centroamericana. Los conflictos domésticos generados en Nicaragua, el Salvador y Guatemala han dado una urgencia internacional cuando el gobierno de los Estados Unidos apoyó al ejército Contra y dió mayores recursos a El Salvador. Sin apoyo de los Estados Unidos, los gobiernos militares de Guatemala aumentaron sus niveles significativos de represión que contribuyeron a debilitar la economía local. Aún con el advenimiento de un gobierno democrático, la confianza de los inversionistas no se ha restaurado. Las guerras regionales también han limitado los mercados para los productos guatemaltecos en otros países de la región.

Los resultados de estos disturbios son claros. La tasa promedio anual de crecimiento del producto nacional bruto (PNB) de 6.0 porciento en 1965-73, disminuyó a 3.1 porciento en 1973-84. Las tasas per cápita están configuradas de manera similar: 3.2 porciento por año de 1965-73 y 0.3 porciento de 1973-84. Mientras el PNB aumentó en términos **nominales** cada año durante principios de la década de los años ochenta, las cifras **reales** (ajustadas por inflación) presentan otra situación. La producción real ha disminuído desde 1980 hasta el presente. Aunque no hay información completamente confiable, las estadísticas muestran que la economía ha disminuído desde 1980 a 8 porciento en términos reales. (Gráfica 1.2)

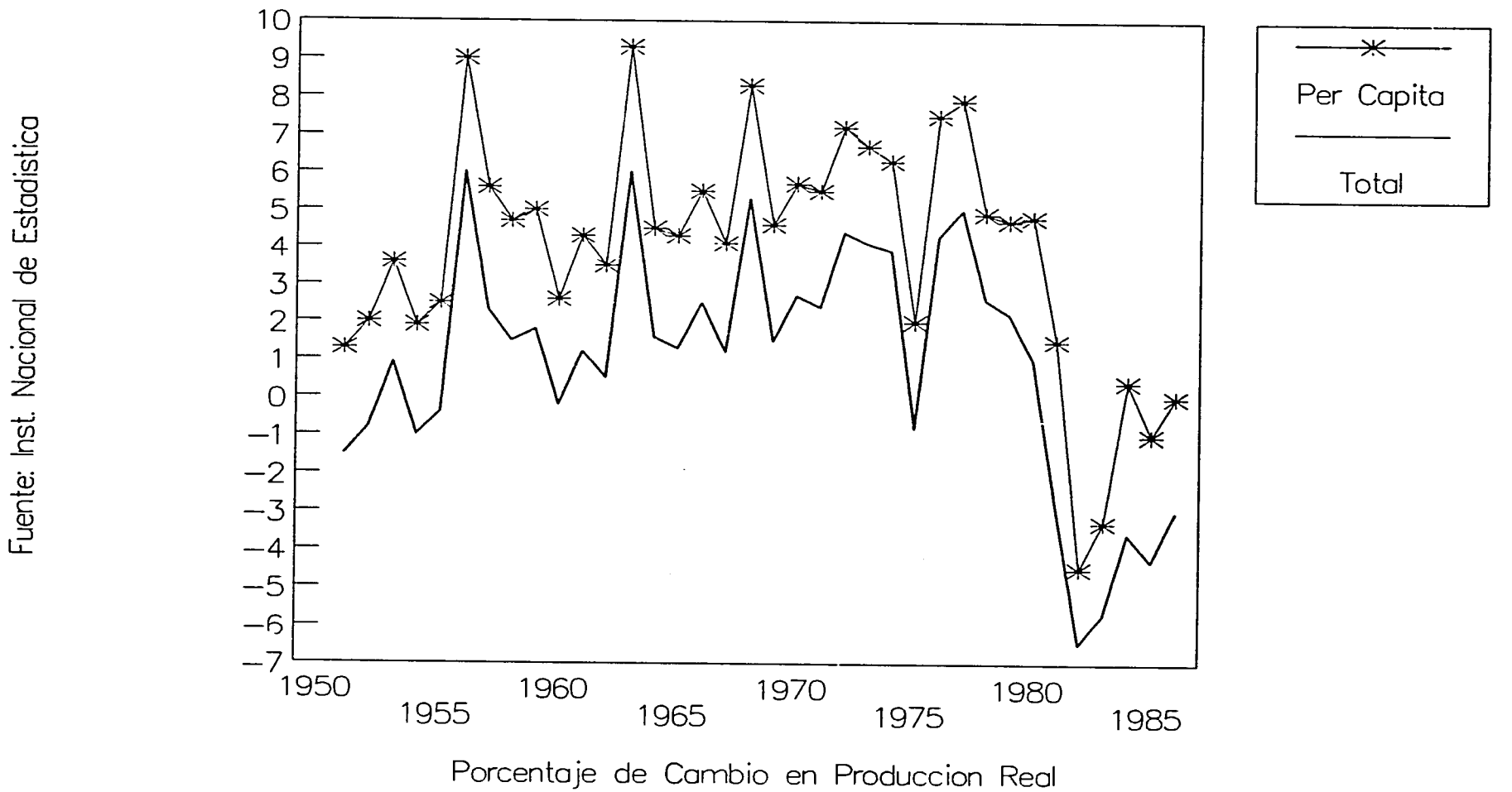
Hasta muy recientemente, el **quetzal** guatemalteco ha estado a la paridad del dólar. La inflación ha surgido como un problema serio en los últimos años, con aumentos anuales del índice

de precios del consumidor (IPC) aumentando de casi cero hasta aproximadamente 37 porciento entre 1982 y 1986. (Gráfica 1.3) En 1972, casi dos décadas de precios estables fueron interrumpidas por una serie de factores, incluyendo el deterioro de la íntimamente asociada economía americana, problemas en el Mercado Común Centroamericano y la institución de un número de reformas gubernamentales e iniciativas que se esperaban tuvieran este efecto inflacionario por un período de tiempo. Esto produjo una década de precios incrementados anualmente cerca de 10 porciento.

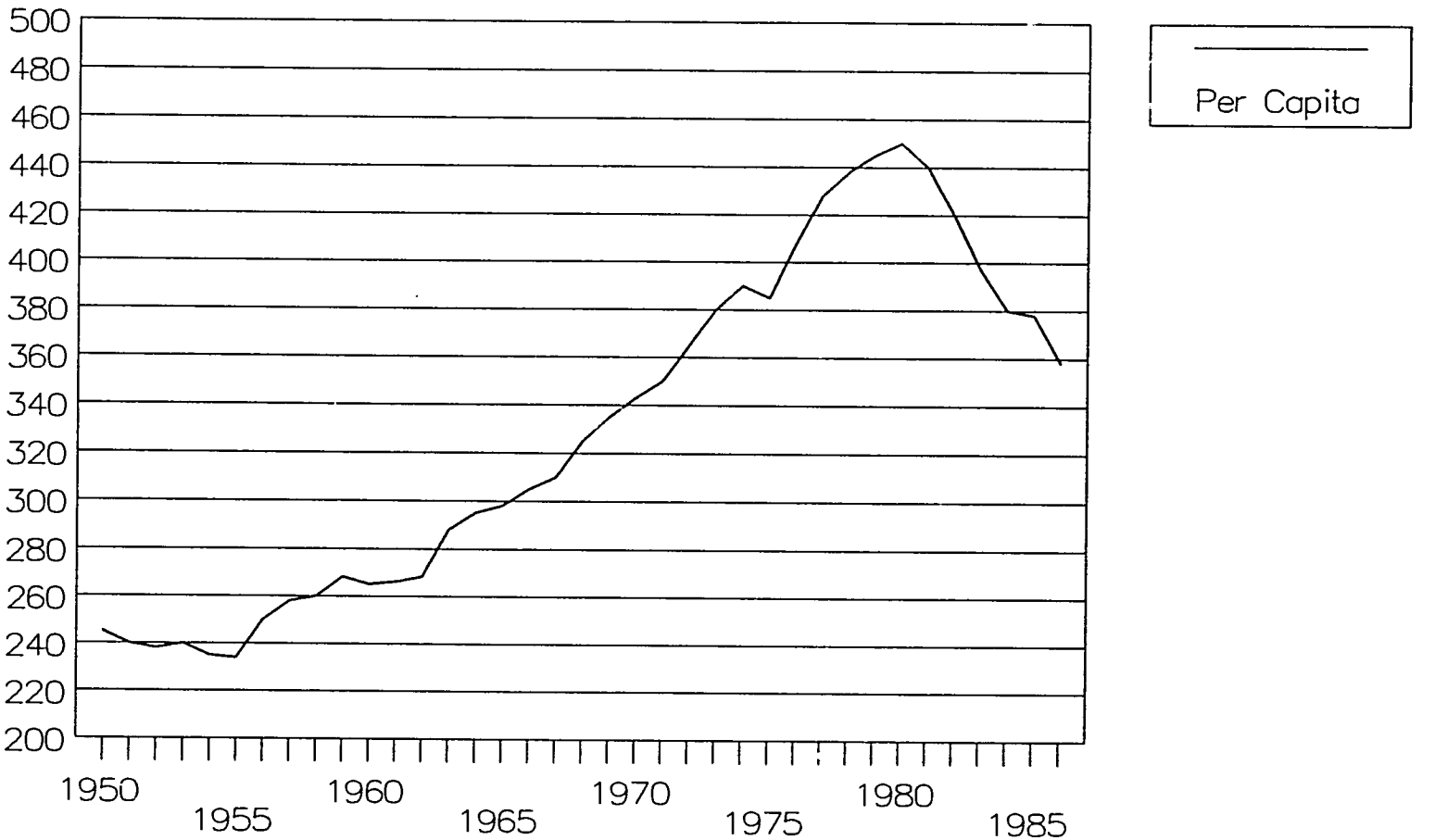
La distribución del PNB entre los sectores público y privado, y dentro del sector público entre salud y otros programas es una indicación de las prioridades relativas que se les han dado a estas áreas en el tiempo. (Gráfica 1.4) Las condiciones económicas débiles preocupan a los planificadores de los servicios de salud pública en Guatemala, aparentemente con razón, dada la poca importancia del sector salud en el país. Sorprendentemente, el crecimiento en las tasas reales del total de gastos públicos y gastos en salud fueron mayores que el crecimiento económico durante la década de los años setenta que tuvo un alto crecimiento, éste crecimiento fue en promedio 9.4 porciento y 9.1 porciento, respectivamente. Sin embargo, la disminución en el crecimiento real desde 1980 en adelante afectó desproporcionalmente al sector público. La economía bajó un promedio de uno porciento anual. El total de gastos públicos disminuyó un poco menos (-0.6 porciento), pero el MSPAS tuvo una disminución real en su poder de adquisición de más del 4.6 porciento. Cuando se omiten las cifras post-elecciones y post-devaluación de 1986, el gobierno de Guatemala (GOG) tuvo una baja de 6.5 porciento y el MSPAS de 10 porciento de 1980 a 1985.

Estos datos demuestran que el financiamiento para salud pública en Guatemala es especialmente sensible a las fluctuaciones en las condiciones económicas. De 1966 a 1986, el MSPAS tenía un promedio de 8.3 porciento del gasto total público, lo que no estaba fuera del contexto de la región Centroamericana. Pero el gasto total público era sólo el 12.5 porciento del PNB, lo que está muy por debajo de la norma. Estas cifras juntas implican que sólo un poco más del uno porciento del PNB era utilizado por el Ministerio. Sumando los gastos de otras instituciones públicas y privadas, alrededor del 1.7 a 1.8 porciento del producto nacional bruto se destinó al mejoramiento de la atención de salud en Guatemala.

Gráfica 1.1 Tasas Reales de Crecimiento Económico
Guatemala: 1971 - 1986

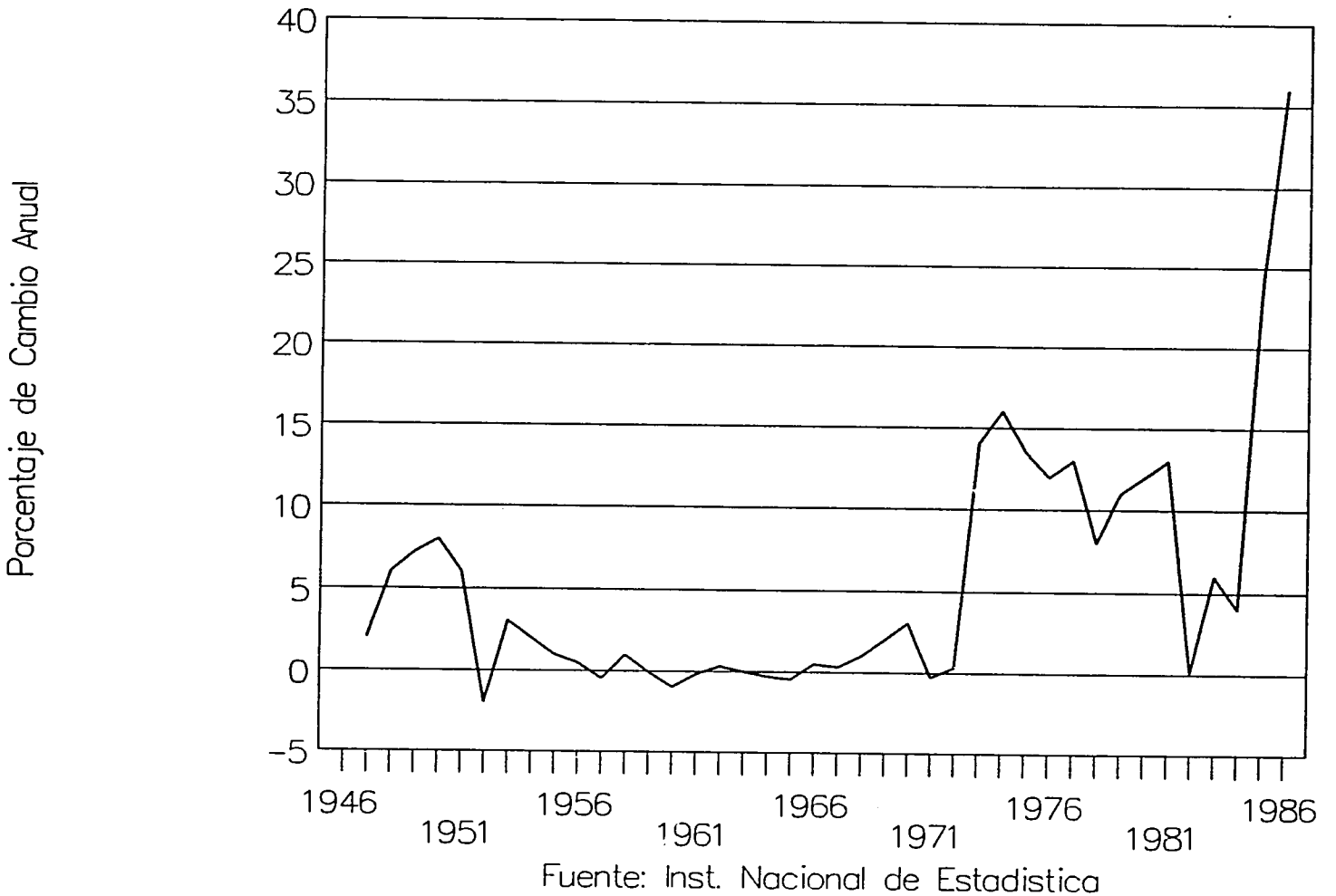


Gráfica 1.2 Producción Económica Real Per Cápita
Guatemala : 1950 - 1986

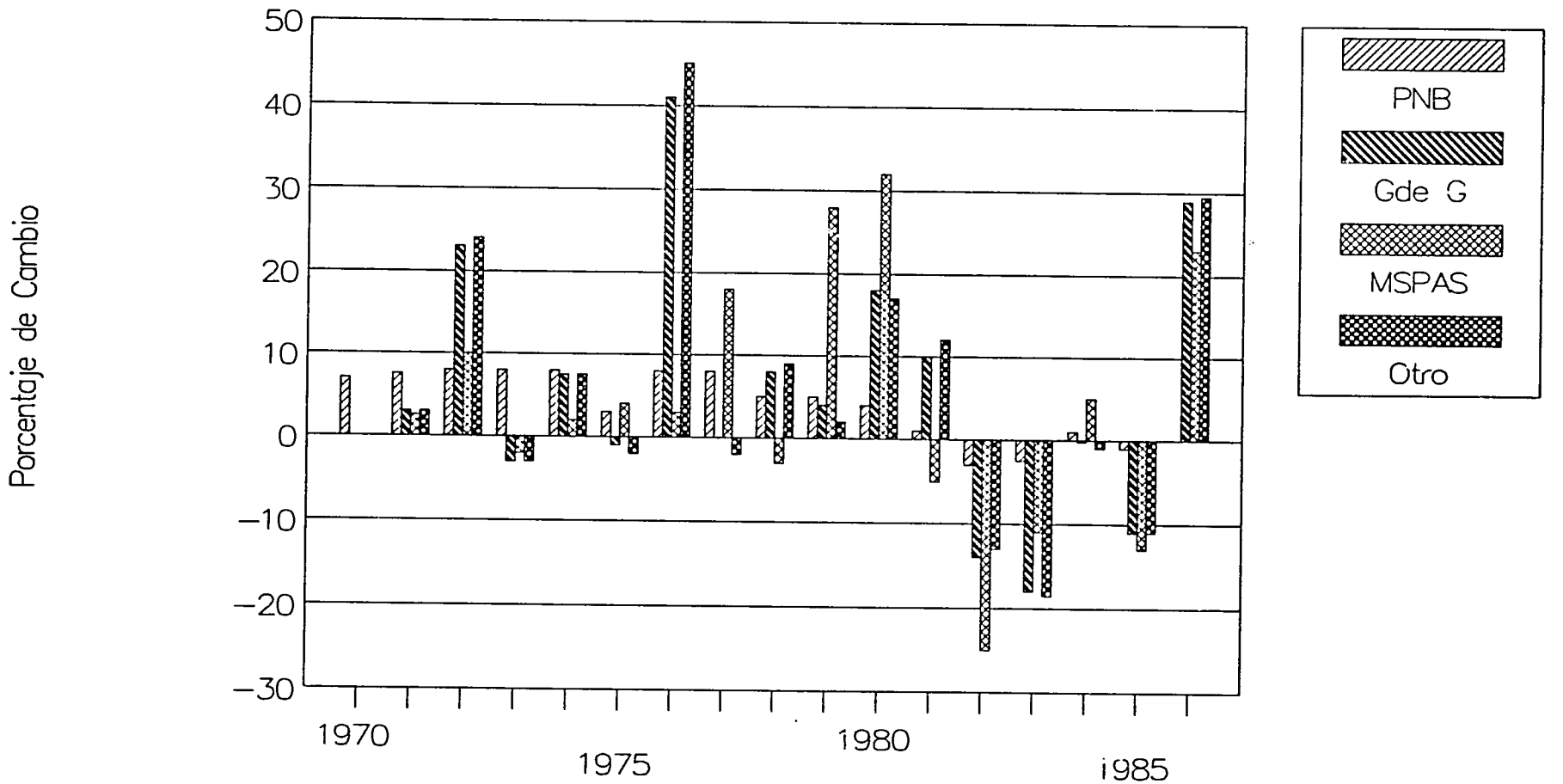


Fuente: Inst. Nacional de Estadistica

Gráfica 1.3 Cambios de Precios al Consumidor
Guatemala: 1947 - 1986



Gráfica 1.4 Tasas Comparativas de Crecimiento
Guatemala: 1971 - 1986



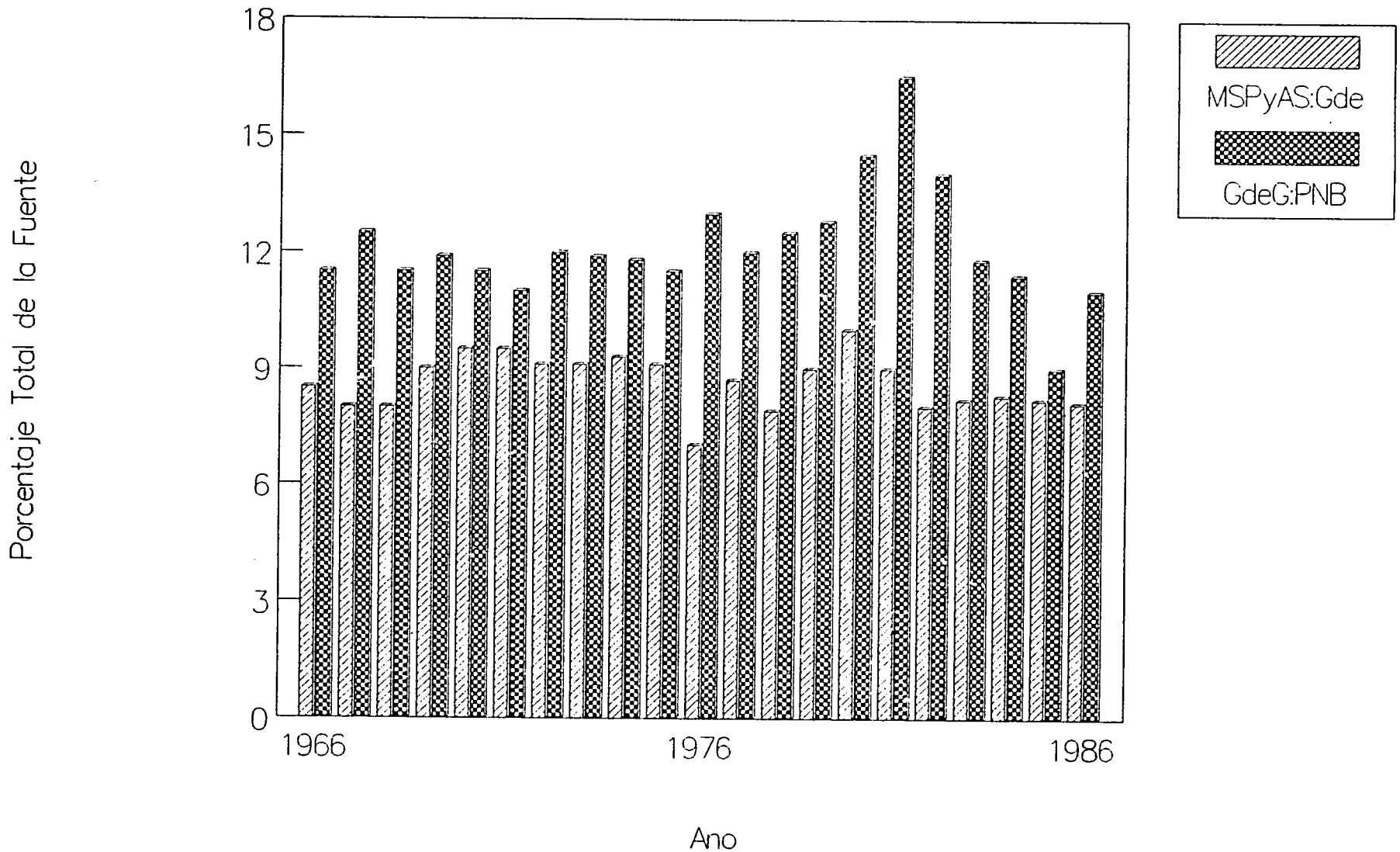
Existe alguna esperanza que el presupuesto del sector público se incremente en los años venideros. Un nuevo paquete de impuestos, diseñado para aumentar los ingresos provenientes de los comercios y propiedades, fue aprobado por el Congreso sobre una gran protesta de la mayoría de organizaciones del sector privado. Este impuesto representa un paso progresista que tiene el potencial de mejorar la capacidad del gobierno para ganar una porción signifcativamente más grande del producto total nacional.

Los datos de gastos reales de 1966-86 no muestran cambios sistemáticos entre las prioridades del gasto total público y el gasto del MSPAS cuando se representan en forma de porcentaje, como en la Gráfica 1.5. Solamente acontecimientos impredecibles y significativos como el terremoto de 1976 y la elección del gobierno Demo-cristiano en 1985 producen más que aumentos simbólicos en el gasto público en relación a la producción económica. En el caso del terremoto, el sector público no pudo mantener su ganancia relativa en los años siguientes. El aparente aumento de "prioridad" para el sector público que sucedió alrededor de 1981 fue el resultado de una disminución de gastos tanto del sector público como del privado. En realidad, los gastos públicos disminuyeron en 16 porciento, mientras que los gastos del sector privado disminuyeron solamente seis porciento. Debido a la base más grande de gastos del sector privado esto crea la ilusión de un cambio de prioridades cuando de examinan las cifras por "proporciones".

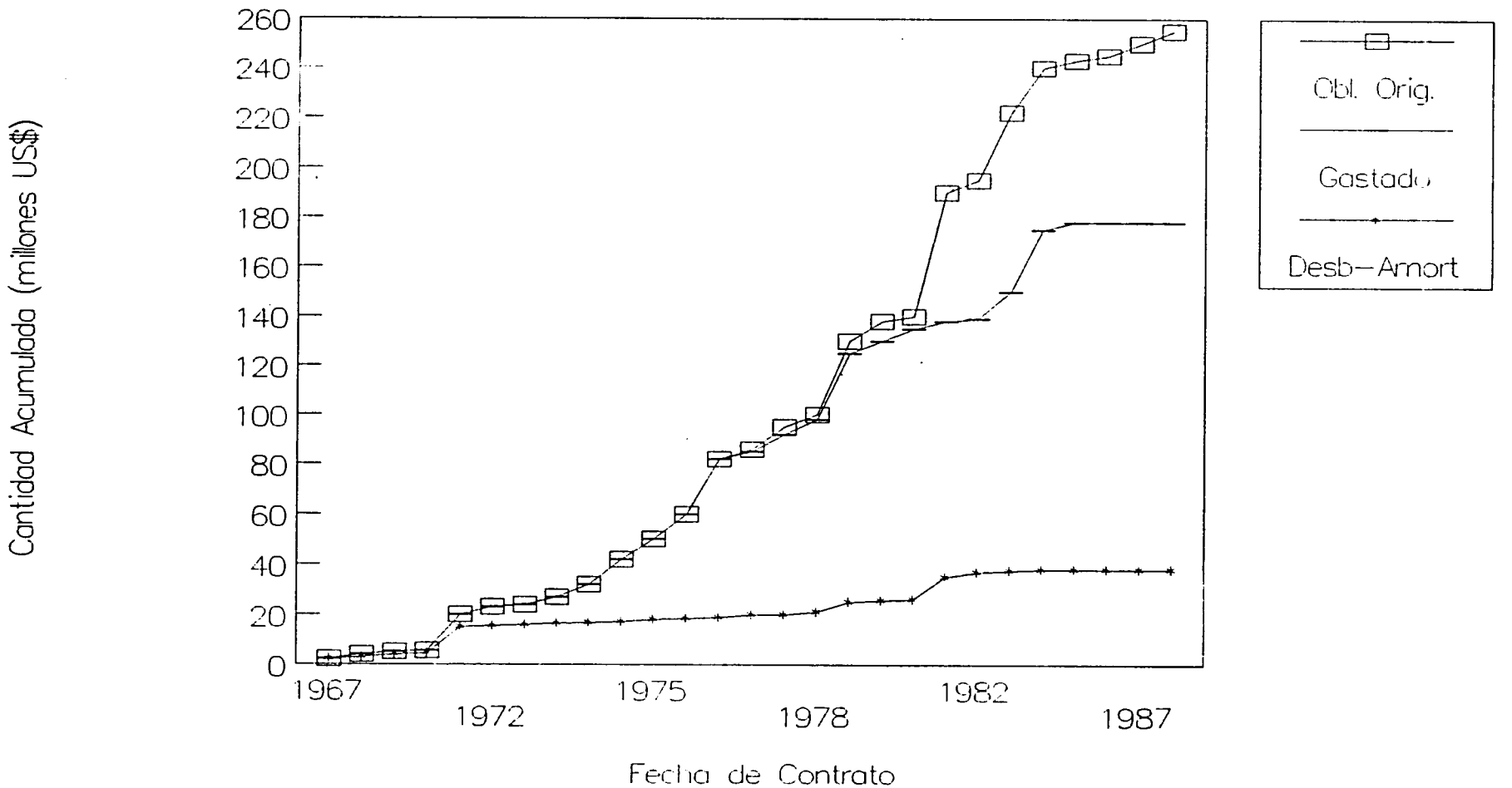
Sin embargo, debido a la base más grande con que principió o por los procedimientos presupuestarios de aumentos, el crecimiento unilateral experimentado por otros programas públicos en 1976 puedo haber producido un cambio efectivo de prioridades, distintas a los programas públicos de atención de salud. (Gráfica 1.4) El Ministerio recobró un poco de terreno en 1980, pero desde entonces, ha perdido un poco en relación a otros programas públicos.

Este período también coincide con la escalada rápida en préstamos del exterior para el sector salud (Gráfica 1.6) y con la infusión de más de $160 millones del Fondo de Apoyo Económico de los Estados Unidos. Estos desarrollos han generado gran preocupación sobre la habilidad del gobierno de Guatemala para financiar los costos recurrentes de los programas que están siendo financiados por estos préstamos.

Gráfica 1.5 Proporciones Relativas del Presupuesto
Guatemala: 1966 - 1986



Gráfica 1.6 Prestaciones del Sector Salud de Guatemala
Estado Actual de Préstamos: Agosto 1987



1.3.1 RESUMEN Y RECOMENDACIONES

La economía de Guatemala es relativamente vulnerable a los cambios en los mercados internacionales y al conflicto regional. No es probable que mejoras significativas ocurran hasta que haya alguna resolución al conflicto regional y mejore el comercio internacional para las exportaciones tradicionales. Aunque el actual proceso de paz para Centro América pueda traer un poco de alivio, o este proceso sea exitoso (conclusión a la que no debe renunciarse) es más probable que la economía de Guatemala continúe dependiendo de la considerable asistencia del extranjero para el futuro próximo. Asociada a esta dependencia de los donantes extranjeros, la austeridad del gobierno puede continuar limitando la efectividad del sector público de proporcionar servicios. Nuevos ingresos se pueden generar por la nueva ley de impuestos, sin embargo, se anticipa que su impacto puede ser muy limitado.

Aunque parece que en la actualidad los únicos medios de fortalecer al sector salud son proporcionar recursos significativos de los donantes, debe darse algún pensamiento a la continuidad futura de este financiamiento masivo del exterior. Los proyectos deben ser diseñados para que fortifiquen y simplifiquen los recursos institucionales sin incurrir en nuevos y más grandes requerimientos de costos recurrentes. La inversión en recursos humanos que actualmente están en la planilla del gobierno, el desarrollo de sistemas administrativos y de manejo que aumenten la eficiencia y la promoción de programas que cambien los recursos de los servicios ineficientes, muchas veces con orientación curativa, a servicios más eficientes y con orientación preventiva deben ser la prioridad de los donantes del extranjero. Debe evitarse la construcción de instalaciones y la provisión de equipo que requiere altos niveles de costos recurrentes y de mantenimiento.

RECOMENDACIONES

1. Hasta que ocurran cambios significativos en los prospectos de crecimiento de la economía guatemalteca, AID debe continuar proporcionando apoyo a la economía guatemalteca a través de donaciones para el sector salud.

2. Los proyectos de AID deben ser diseñados para que proporcionen inversiones en los recursos humanos y administrativos que mejorarán la eficiencia y reducirán en el futuro la dependencia de fuentes de financiamiento del exterior. Deben evitarse proyectos que requieran altos niveles de financiamiento recurrente.

1.4 CONTEXTO POLÍTICO Y ADMINISTRATIVO

1.4.1 CONTEXTO POLÍTICO

Grandes programas de salud se iniciaron durante el gobierno civil de Juan José Arévalo después de la Revolución de 1944. Se estableció el Ministerio de Salud como una entidad separada y se formó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Desde el golpe de estado de 1954 que terminó el gobierno reformista del Coronel Jocobo Arbenz Guzmán

(1950-54), los gobiernos de Guatemala han estado en poder de los militares y han sido generalmente resistentes a reformas importantes dentro del sector público. Aunque hubo elecciones durante este período, la mayoría fueron fraudulentas. De una manera general, los gobiernos militares fueron los responsables de varios ciclos de represión, incluyendo el período que inició en 1978 bajo el General Romeo Lucas García (1978-82), que se aceleró a principios de la década de los años ochenta bajo el General Efraín Ríos Montt (1982-3), que fue especialmente difícil para muchas comunidades del área rural.

Después de 1954, el sector privado ha dominado tanto el proceso económico como el político, limitando al sector público al más pequeño porcentaje de la producción económica total de cualquier país en Latino América. Los gobiernos también han tendido a adoptar políticas monetarias y fiscales muy conservadoras.

Aunque las relaciones de Guatemala con sus vecinos, los donantes multilaterales y bilaterales han sido muy positivas, también hay un gran sentido de nacionalismo que ha llevado a una reacción fuerte hacia las presiones internacionales de cambiar las políticas nacionales. Un ejemplo extremo de esta reacción ocurrió durante el período de presión de los Estados Unidos bajo el gobierno de Carter (1977-80) para lograr mejoras en los derechos humanos. En el sector salud el gobierno ha estado especialmente renuente a algunas formas de asistencia técnica.

Desde 1986 ha surgido una nueva oportunidad con el actual gobierno democristiano de Marco Vinicio Cerezo (1986-presente) elegido democráticamente. Cerezo llegó al gobierno con una modesta política reformista y ha tomado algunos pasos moderados para implementar algunos programas sociales, la descentralización administrativa y de impuestos, así como esfuerzos con un éxito limitado de mejorar las condiciones de los derechos humanos. El gobierno reconoce que su papel central es de transición entre un gobierno militar a uno totalmente civil le ha significado evitar programas y políticas que puedan provocar reacciones fuertes del sector privado o militar. El actual conflicto con el sector privado sobre un modesto plan de impuestos sugieren los límites de los esfuerzos reformistas.

Lo central de las reformas del nuevo gobierno es su compromiso de pagar la "deuda social" a través de programas de abastecimiento de agua, educación, vivienda y salud. Esta "deuda" está calculada comparado el porcentaje del PNB guatemalteco destinado a salud, educación y vivienda durante el período de 1977 a 1983 con el promedio de los que los demás países de Centro América destinaron. El cálculo resultante encontró que aproximadamente $111.6 millones se le "debía" a la población guatemalteca y deberían ser invertidos en programas sociales. Estos programas están diseñados a redistribuir los recursos humanos y financieros hacia las áreas rurales más pobres y las urbano-marginales. Este esfuerzo resultó en un aumento en el gasto público financiado por los incrementos de déficit durante el primer año del gobierno de Cerezo. También se acompañó de una política de descentralización que canaliza recursos a las municipalidades para algunos programas sociales a través de la asignación del 8% del presupuesto nacional de inversiones a las autoridades locales. El gobierno también ha creado un nuevo Ministerio de Desarrollo que promoverá los proyectos de desarrollo en todo el país.

Las declaraciones públicas de las prioridades de salud han aparecido regularmente en la Planificación de Cinco Años preparada por la Secretaria General de Planificación Económica (SEGEPLAN) desde 1972, y los planes de diferente duración del Ministerio de Salud, iniciando

con los Planes Quinquenales de los años sesentas. Ha habido poco cambio en estos documentos desde el énfasis en los años setenta de ampliar la cobertura, atención primaria en salud y mejorar la eficiencia. Actualmente las prioridades específicas de salud descritas en el Plan Nacional de Desarrollo (1987-1991) son:

"Aumentar el nivel de salud de la población a través de mejoras en la eficiencia y eficacia de los servicios de salud y la promoción necesaria de actividades intersectoriales que harán posible aumentar la expectativa de vida de los ciudadanos guatemaltecos."

Los objetivos específicos son:

"Reducir la alta incidencia y prevalencia de las enfermedades prevenibles y la tasa de mortalidad en general, con énfasis en las poblaciones materno-infantil y rurales;" y

"Mejorar la eficiencia y disponibilidad de los servicios médicos, así como la prevención de enfermedades, a través de la introducción de reformas técnicas y los cambios administrativos necesarios."

A pesar de esta nueva declaración de las prioridades, ha habido muy poco cambio en el presupuesto de salud y la propuesta actual del presupuesto no contempla aumento para el Ministerio de Salud.

1.4.2 RESUMEN Y RECOMENDACIONES

En conclusión, el contexto político es de una larga tradición de gobierno militares no-reformistas que sólo recientemente se ha cambiado por el gobierno democrático civil que está modestamente consciente de las reformas pero que aún debe demostrar los esfuerzos importantes de reforma y que no es probable que inicie cambios conflictivos para mejorar el bienestar y salud de la porción más pobre de la población guatemalteca. A pesar de todo, es probable que se tomen algunos pasos moderados en esta dirección.

RECOMENDACION

La moderada orientación reformista actual del gobierno de Guatemala ofrece una oportunidad única a AID para proporcionar mayor apoyo financiero para el sector salud. A este sector se le ha dado una alta prioridad en las declaraciones del gobierno y la reestructuración puede fortalecer este sector. En un presupuesto de austeridad ha sido difícil para los gobiernos redistribuir los recursos a los programas de salud, lo que hace que el apoyo del extranjero para las mejoras en este sector sean más importantes para el éxito de las reformas planificadas.

1.4.3 ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

La estructura administrativa del sector salud debe verse en el contexto de un sector público tradicionalmente débil, centralizado y fragmentado. Como se mencionó anteriormente, el

sector público tiene el menor porcentaje del PNB de cualquier país en América Latina y hay indicios de que su proporción ha disminuído en los años ochenta. Los empleados del sector público de Guatemala son el menor porcentaje de la población total de cualquiera de los países de Centro América.[11]

El sector público, como en otros países de América Latina, está centralizado en la capital. Muchas decisiones que pudieran ser impuestas por políticas y delegadas a los niveles inferiores de la administración pública son retenidas en el nivel central, haciendo los ministros personalmente decisiones rutinarias de personal y presupuesto. Esta centralización de las decisiones de rutina y operativas ponen una enorme carga en la capacidad de toma de decisiones de los altos niveles y evita la respuesta rápida a las necesidades descentralizadas, limita el tiempo para la planificación estratégica y la definición de actividades de decidir políticas que deben ser las actividades dominantes del nivel nacional de la estructura administrativa.

El sector público está altamente centralizado pero no bien integrado. Muchos programas que podrían ser administrados por estructuras administrativas únicas están fragmentados en unidades separadas y distintas organizadas verticalmente que no se comunican ni coordinan actividades. Estas unidades administrativas separadas algunas veces se ven involucradas en conflictos de "territorio" y son renuentes a los esfuerzos para imponer la coordinación, integración o esfuerzos conjuntos de planificación.

Estas características administrativas de debilidad, centralización, y fragmentación son especialmente evidentes en el sector salud. Los sistemas de salud del sector público del MSPAS, IGSS y los servicios militares son responsables por cerca de la mitad a dos tercios de los gastos totales en salud, lo que deja al sector privado una proporción grande y sin regulaciones. La administración de salud del sector público está divida ente el MSPAS, el IGSS y otros servicios públicos incluyendo el servicio de salud militar y la escuela médica de la Universidad de San Carlos. De acuerdo al decreto ley (Número 31-69) de 1969 y ratificado por el acuerdo gubernativo 741-84 de 1984, estas agencias del sector público serán coordinadas por el Consejo Nacional de Salud. Con representantes de todas las instituciones públicas importantes, el Consejo debe reunirse periódicamente, cooperar con las principales agencias del sector público, coordinar con las otras y publicar una evaluación anual de las políticas de salud. A pesar de estos decretos, el Consejo Nacional de Salud no se ha constituído y nunca ha funcionado. Cualquier coordinación que se dé entre las instituciones del sector público es esporádica y extraoficial. Nunca han resultado en esfuerzos colectivos de planificación ni en compartir información, planificación o actividades.

Actualmente el sector privado está sin regulación. Incluye muchas clínicas privadas de médicos, en forma individual o en grupo, hospitales privados y algunos programas de atención en salud pre-pagados, muchas organizaciones voluntarias, programas de salud mantenidos por los patronos y una variedad de proveedores tradicionales de servicios de salud. Actualmente existe poca información coherente sobre el sector privado y sólo recientemente ha establecido el gobierno una entidad bajo la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) para coordinar las actividades

---

11 Thomas Bossert, **"Can We Return to the Regime for Comparative Policy Analysis? or, The State and Health Care Policy in Central America,"** Comparative Politics, 15 (1983).

del gobierno con las organizaciones del sector privado: Unidad de Coordinación de Instituciones no-Gubernamentales. No existen requerimientos por parte del gobierno para que el sector privado reporte sus actividades, con excepción de datos epidemiológicos. Existen organizaciones no-gubernamentales que coordinan las actividades de otras organizaciones, distintas asociaciones profesionales y ASINDES para las organizaciones no-gubernamentales. Sin embargo, estas instituciones no han podido regular ni coordinar al sector privado.

El actual gobierno ha iniciado un esfuerzo importante para reorganizar al sector público. El esfuerzo más importante fue promover la ley que asignó el 8 porciento del presupuesto nacional a las municipalidades. Este financiamiento directo, que se implementó en 1986 es parte de un proceso más general de descentralización del sector público. Actualmente, el gobierno ha puesto en operación un esfuerzo más grande para que en los próximos dos años cada ministerio planifique e implemente una importante descentralización de sus estructuras administrativas. Aunque este esfuerzo puede ser prometedor, tendrá que sobrepasar la inercia institucional que se ha formado durante años, así como la oposición activa por los intereses institucional que se ven amenzados por cualquier reforma o pérdida de control central.

1.4.4 RESUMEN Y CONCLUSIONES

En resumen, el contexto administrativo de los sistemas de salud en Guatemala es débil, centralizado y fragmentado. No se presta para esfuerzos coordinados y eficientes. La regulación del sector privado es casi no-existente y el sector privado en sí no está regulado ni organizado . Sin embargo, hay una oportunidad para la reforma administrativa en los esfuerzos actuales del gobierno de descentralizar al sector público.

1.5 CONTEXTO DE LOS DONANTES

1.5.1 RESUMEN

Los donantes internacionales han jugado un papel importante por varias décadas en el sector salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Internacional de Desarrollo (BID), UNICEF (incluyendo un apoyo importante del gobierno de Italia) y AID han sido los contribuyentes más importantes. En el pasado, la cooperación entre donantes fue esporádica; sin embargo, el acuerdo reciente entre los donantes sobre las prioridades de salud para la región Centroamericana y los esfuerzos del gobierno de Guatemala han estimulado mayor cooperación a través de la creación del Plan Nacional de Supervivencia Infantil de 1987, coordinado por el Departamento de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud, con la asistencia técnica del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Otros programas bilaterales patrocinados por varios países europeos, así como Canadá y Japón, han proporcionado apoyo para hospitales y para programas de agua potable y saneamiento.

Las contribuciones actuales y las que se anticipan para el sector salud se muestran en los Cuadros 1.3 y 1.4.

CUADRO 1.3

Participación por Agencias Internacionales en Proyectos de Salud Vigentes, 1983 (en millones de quetzales)

Agencia	Cantidad Total	Cantidad Contraparte	Cantidad Internacional	Porcentaje de la Participación Internacional Total
AID	24.4	12.1	12.3	7.1%
BID	193.9	55.5	138.4	80.0
Canadá (CIDA)	4.7	1.4	3.3	1.9
FUNAP	2.0	-	2.0	1.2
PNUD/OPS	1.0	0.5	0.5	0.3
UNICEF	1.0	0.3	0.7	0.4
CARE	7.2	0.5	6.7	3.9
Japan	5.0	-	5.0	2.9
BCEI	4.6	0.6	4.0	2.3
TOTALES	**Q.243.8**	**Q.70.9**	**Q.172.9**	**100.0%**

Nota: BID= Banco Interamericano para el Desarrollo
BCIE= Banco Centroamericano de Integración Económica

FUENTE: MSP, Unidad de Planificación y Programación, citado en OPS, **Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamerica y Panamá**, Vol. 2, Agosto 1985

CUADRO 1.4

Apoyo de Agencias Internacionales en Proyectos de Salud a ser Incluídos en el Plan Nacional de Desarrollo, 1987-1991

Agencia	Cantidad Total	Cantidad Local	Cantidad Internacional	Porcentaje de la Participación Internacional Total
BID	212.3	61.8	150.5	69.5%
UNICEF	22.0	8.0	14.0	6.5
AID	74.7	25.5	49.2	22.9
PNUD	2.4	-	2.4	1.1
TOTALES	311.4	95.3	216.1	100.0%

FUENTE: MSP, Unidad de Planificación y Programación, Cuadro sin publicación, Oct. 1986.

1.5.2 PROGRAMAS IMPORTANTES DE LOS DONANTES

La Organización Panamericana de la Salud y su predecesor, la Oficina Sanitaria Panamericana, han proporcionado asistencia técnica y financiera desde principios del siglo veinte. Como en todos los países de Latino América, la OPS proporciona un equipo de asistencia técnica que está localizado dentro del MSPAS. También financia una variedad de programas de capacitación y otras actividades. En la década de los años cincuenta, la OPS apoyó un importante programa integrado para ampliar los servicios de salud en áreas rurales. Los esfuerzos de la OPS en los años sesenta se enfocaron a mejorar la planificación de salud y otras capacidades técnicas. En los años setenta la OPS apoyó la ampliación de la cobertura y los programas de atención primaria en salud. Recientemente, la OPS ha tomado la iniciativa de coordinar los esfuerzos de salud en la región Centroamericana, bajo el esfuerzo del "Puente para la Paz".

Este programa desarrolló un plan regional, "Necesidades Prioritarias de Salud en Centro América y Panamá", que define prioridades para cada país dentro de siete sectores: fortalecimiento de los servicios de salud, desarrollo de recursos humanos, medicinas, alimentación y nutrición esencial, enfermedades tropicales, supervivencia infantil y agua potable y saneamiento ambiental. Las metas específicas para el área de supervivencia infantil, que se ha convertido en prioridad para AID y UNICEF y para lo cual se ha asignado un papel de mayor asistencia técnica para INCAP, son: reducir la mortalidad entre infantes y niños a menos de 50 por 1,000 nacidos vivos, enfocarse en disminuir las enfermedades diarréicas, inmunoprevenibles e infecciones respiratorias agudas, disminuir la tasa de recién nacidos de bajo peso, aumentar los niveles de lactancia materna y ampliar el uso de las tarjetas de control de salud.

UNICEF también es un donante importante para el sector salud. Apoyó los programas de malaria en los años sesenta, después los programas de UNICEF cambiaron hacia actividades de atención primaria en salud, proporcionando capacitación y equipo para auxiliares de enfermería, promotores voluntarios y comadronas. Actualmente, UNICEF promueve programas de supervivencia infantil como TRO, inmunizaciones, agua potable y saneamiento ambiental. UNICEF también es un proveedor importante de SRO en el país y ha promovido campañas masivas de vacunación. También contribuye al desarrollo administrativo y a la coordinación intersectorial. UNICEF administra sus propios fondos internos así como los fondos de la Comunidad Económica Europea y del gobierno de Italia.

AID ha apoyado programas del sector salud desde que apoyó la construcción del Hospital Roosevelt y el desarrollo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Publica en la década de los años cuarenta.

Los proyectos de AID se realizan en cinco área importantes (ver Cuadro 1.5):

1. **Servicios de Salud.** Varios proyectos de salud fueron realizados por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Publica (SCISP) durante los años cuarenta y cincuenta; dos préstamos importantes para servicios de saluld en el área rural, incluyendo el programa de Técnicos en Salud Rural (TSR); varios proyectos manejados por organizaciones no-gubernamentales durante los años ochenta y el actual servicio de Inmunización y Terapia de Rehidratación Oral del Proyecto de Supervivencia Infantil.

2. **Agua Potable y Saneamiento Ambiental.** AID ha financiado ocho proyectos importantes de agua potable y saneamiento ambiental (incluyendo proyectos de organizaciones no-gubernamentales) y partes de proyectos de múltiples propósitos, con esfuerzos separados y diferenciados para cada década desde 1950.

3. **Malaria.** AID apoyó una serie de proyectos importantes en la década que finalizó en 1969.

4. **Planificación Familiar.** Han habido tres proyectos de AID grandes y continuos en planificación familiar desde 1967.

5. **Nutrición.** Aid ha proporcionado apoyo a una variedad de proyectos separados implementados en Guatemala a través del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), incluyendo el proyecto actual de ROCAP de Supervivencia Infantil.

El énfasis actual de AID, como se notará a través de este informe, es de enfocar las actividades de los programas en salud materno-infantil incluyendo la planificación familiar. Los dos proyectos grandes que se están implementando en la actualidad en estas áreas serán extendidos hasta 1991.

OPS y AID proporcionan un financiamiento importante al instituto regional de nutrición, INCAP, al que se le ha dado un papel más importante para proporcionar asistencia técnica a los programas de supervivencia infantil, trabajando con el Departamento Materno-Infantil del MSPAS, apoya el desarrollo de los planes nacionales y estrategias para los programas de Supervivencia Infantil, proporciona asistencia técnica para los programas de capacitación, hace investigación operacional, evaluación e investigación básica en salud materno-infantil. Estos esfuerzos se enfocan al control de enfermedades diarréicas, inmunizaciones y problemas nutricionales.

El BID ha proporcionado la mayoría del financiamiento del extranjero a Guatemala; algunas estimaciones muestran más del 80% desde los años sesenta. Los proyectos del BID han financiado proyectos de construcción en agua potable, saneamiento ambiental, hospitales y centros de salud. El volumen del financiamiento del BID ha sido para los proyectos de abastecimiento de agua más importantes como apoyo al acueducto Xayá-Pixcayá, el instituto de agua y saneamiento ambiental de la ciudad de Guatemala, EMPAGUA, y el instituto para el resto de las municipalidades de Guatemala, INFOM. También apoya los programas de acueductos rurales de UNEPAR y del MSPAS. Desde 1976, el BID ha dado un préstamo grande para la construcción de servicios de salud. Este proyecto ha sido modificado para disminuir el énfasis original en la construcción de hospitales; sin embargo, todavía hay un componente importante para la construcción de hospitales. A diferencia de otros donantes, el BID no ha proporcionado mayor financiamiento para el programa de Supervivencia Infantil.

CUADRO 1.5

PROYECTOS DE SALUD APOYADOS POR EL GOBIERNO DE ESTADOS UNIDOS:GUATEMALA

DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD		
Programas SCISP (1952-65)	520-0002/0067/0129/0130	$2,909,000
Hospital Roosevelt (1954-60)	520-013	187,000
Unidades Móviles Rurales (1964-69)	520-0163	330,000
Salud Rural/TSRs (1971-80)	520-0206/0218/0230	5,507,000
SINAPS/PRINAPS/CAPSVO (1979-82)	932-0631/0632	1,479,000
Supervivencia Infantil y Comunidades Actuales (1980-87)	520-0251/0339	10,474,000
SANEAMIENTO Y AGUA POTABLE		
SCISP Urbano (1955-66)	20-50-900/906	3,144,000
SCISP Rural (1952-66)	520-0029/0085/0132	
	20-50-99/20-99-09	13,664,000
ERIS (1966-71)		300,000
INFOM Urbano (1972-81)	520-017/027	4,800,000
Primera ONG (1972-77)	520-0231/0244	291,000
ONG Rural I (1984-86)	520-0298	500,000
Rural Actual (1984-88)	520-0298/0335/0336/0251	10,500,000
MALARIA		
Erradicación de Malaria (1958-69)	520-00095	5,091,000
PLANIFICACION FAMILIAR		
Planificación Familiar (1967-87)	520-0189/0237/0263/0288	22,231,000
NUTRICION-INCAP		
Proyectos de Fortificación (1967-80)	varios	1,000,000
Planificación en Nutrición (1976-81)	596-0065	3,500,000
Otros Proyectos en INCAP (1971-86)	varios	8,500,000
Proyectos Actuales (1984-90)	596-0115/0116	14,600,000

Fuente: Estudio de Continuidad de Proyectos de Salud Financiados con Fondos del Gobierno de los Estados Unidos en Guatemala, 1987.

1.5.3 RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los programas de los donantes son una parte importante del sector salud de Guatemala. Han hecho contribuciones significativas en muchas áreas de salud en el pasado. Actualmente están proporcionando fondos para apoyar las actividades diseñadas hacia los problemas más importantes de salud de Guatemala: salud materno-infantil, programas en TRO, inmunización, nutrición, espaciamiento de embarazos y otras áreas de planificación familiar; así como proyectos de agua potable y saneamiento ambiental. Han disminuído el apoyo para la construcción de instalaciones de salud y campañas masivas contra la malaria.

Aunque los donantes y el MSPAS han intentado fortalecer los esfuerzos para coordinar los programas de los donantes para reducir la competencia y la duplicidad y para permitir que el gobierno de Guatemala de implantar prioridades para que los donantes las sigan, estos esfuerzos deben todavía establecer mecanismos fuertes para la coordinación.

De mayor interés es la actual afluencia de fondos de los donantes para programas similares, especialmente supervivencia infantil sin poner suficiente atención a desarrollar la capacidad institucional guatemalteca de absorber estos fondos y administrar efectivamente los programas. Hay preguntas serias sobre la capacidad de Guatemala de continuar los programas que actualmente han estado siendo apoyados por fondos del extranjero. Sólo con proyectos diseñados cuidadosamente que no aumentan la carga de costos recurrentes para Guatemala podrán tener continuidad los proyectos.

RECOMENDACIONES

1. El Asesor de Asuntos Internacionales del MSPAS debe darle mayor papel en implantar prioridades para las actividades de los donantes. Se le debe dar al Asesor suficiente personal y autoridad para establecer reuniones de rutina con todos los donantes e involucrarlos en todos los ejercicios de planificación y programación. AID debe considerar un proyecto con financiamiento especial para fortalecer la capacidad administrativa y de comunicaciones de la oficina del Asesor de Asuntos Internacionales.

2. El MSPAS y los donantes deberían de planificar toda la asistencia futura de los donantes para distribuir las contribuciones de los donantes ampliamente dentro del sector salud de Guatemala para disminuir la concentración del apoyo de los donantes en pocas unidades administrativas, tales como el Departamento Materno-Infantil del MSPAS, que ahora está sobrecargado de apoyo proveniente de donantes.

1.6 CONCLUSIONES

Los problemas principales de salud de Guatemala son típicos de los países en condiciones económicas similares. Tienen un impacto más grande en uno de los segmentos más grandes de la población: madres y niños. Las causas prevalentes de mortalidad y morbilidad son enfermedades prevenibles, diarréicas, causadas por vectores y agua contaminada y enfermedades respiratorias. Los niveles altos en disminución de la tasa de fecundidad son una limitación de las mejoras en los niveles de salud. Muchos de los problemas pueden ser enfocados por programas que se han

convertido en prioridades de los donantes internacionales y que son prioridades declaradas del gobierno: programas de supervivencia infantil, agua potable y saneamiento ambiental y planificación familiar.

El contexto económico de Guatemala no es especialmente positivo para mejoras generales en los niveles de salud. No es probable que cambie en un futuro cercano el fracaso de las economías de América Latina de salir de la recesión mundial de principios de los años ochenta y el impacto continuo del conflicto Centroamericano. Las limitaciones actuales del presupuesto nacional seguirán probablemente imponiendo restricciones en el gasto público para los programas del sector salud. Aunque el sector privado es grande, las mejoras en este sector también están limitadas por la falta general de crecimiento económico. La redistribución de ingresos hacia la clase media no llevará a gastos en las áreas que tendrán mayor impacto en los niveles generales de salud; esta redistribución puede contribuir a un deterioro de las condiciones de salud de la mayoría más pobre.

La diversidad social y cultural ha creado barreras a la entrega efectiva de servicios de salud, aunque estas barreras son complejas y están cambiando en formas que pueden mejorar las condiciones de salud a un largo plazo.

Dentro de este gran contexto negativo la organización de los servicios de salud es importante para las mejoras marginales en salud. En Guatemala, tanto el sector público como el privado son proveedores importantes de servicios de salud. Desafortunadamente, ninguno de los dos está actualmente bien equipado con los nuevos avances en atención de salud. Ambos sectores están pobremente organizados, fragmentados y organizativamente débiles. El sector público es uno de los proveedores más grandes de servicios y sufre de deficiencias administrativas, en especial, la sobre-centralización de la toma de decisiones rutinarias y la fragmentación de los programas. El sector privado es diverso y no regulado.

Por primera vez en tres décadas, el contexto político es un poco más favorable hacia las reformas que pueden mejorar los servicios del sector público como del sector privado. Aunque el margen de maneabilidad está limitado por los intereses militares y económicos dominantes, el actual gobierno civil democrático está comprometido a realizar reformas y ha iniciado esfuerzos pequeños para mejorar el bienestar de la mayoría pobre.

Actualmente, la comunidad internacional de donantes está proporcionando altos niveles de financiamiento para apoyar actividades de salud. Esta ampliación de fondos disponibles ha tenido efecto positivos y negativos. Aunque estos fondos están generalmente dirigidos a áreas prioritarias de atención primaria en salud, supervivencia infantil y planificación familiar, también están afrontando obstáculos administrativos, logísticos y de recursos humanos, así como de la escasez de financiamiento de contraparte que ha limitado la capacidad del país para absorber estos fondos disponibles. La actual abundancia de fondos del extranjero también crea serias dudas sobre la continuidad de los programas que dependen actualmente de apoyo del extranjero.

ANALISIS DEL SECTOR SALUD DE GUATEMALA

2. Organización del Sector Salud de Guatemala

2.1 RESUMEN

El sector salud de Guatemala está compuesto por dos instituciones grandes de salud pública, algunos otros pequeños sistemas de salud pública como los hospitales militares y una gran variedad de organizaciones y prácticas privadas. Las instituciones más importantes son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). El MSPAS cubre a más del 80% de la población nacional y el IGSS cubre sólo el 10% de la población -- los trabajadores asalariados, principalmente de las áreas urbanas que están relativamente bien. Sin embargo, los recursos per cápita del IGSS son significativamente mayores que los disponibles para el MSPAS. Los presupuestos del IGSS en el pasado han sido iguales a los del MSPAS y actualmente son tres cuartos del presupuesto del MSPAS. Los cálculos para el sector privado de años recientes sugieren ganancias tan grandes como la proporción de gastos totales combinados de salud del sector público. El volumen de gastos del sector privado viene principalmente de los grupos de mediano y alto ingreso.

Como en muchos países de América Latina, han habido intentos en el pasado de establecer una base para la coordinación y cooperación regular entre las distintas instituciones de salud del país. Los esfuerzos más importantes estaban dirigidos hacia la creación de un sistema unificado en el cual el MSPAS e IGSS unieran sus servicios de salud para evitar duplicidad, actualizar los servicios que actualmente son provistos por el MSPAS, proporcionar mayor acceso de una forma más equitativa que la que usa actualmente el IGSS y dar mayor énfasis a las actividades de atención primaria. Varios modelos de este enfoque existen en la región. Costa Rica ha cambiado toda la atención hospitalaria hacia su instituto de seguridad social, dejando al ministerio de salud como responsable de su excelente sistema de atención primaria. Nicaragua ha puesto a todos los programas de atención de salud para el ministerio de salud para igualar los servicios y el acceso, dejando al instituto de seguridad social como una institución principalmente financiera. Panamá también estableció un sistema unitario.

En Guatemala, tales esfuerzos no han llegado a nada. En 1969 se creó el Consejo Nacional de Salud por el Congreso guatemalteco. Creado para proporcionar la base para la coordinación y planificación del sector, tendría representantes de las instituciones más grandes de salud del país y debería ser dirigido por el Ministro de Salud. Con excepción de unas pocas reuniones iniciales en los años setenta, el Consejo Nacional de Salud nunca ha funcionado, ni siquiera en sentido formal. Aunque se han sostenido discusiones informales en base ad hoc entre algunas instituciones de salud para programas específicos, no ha habido un esfuerzo sistemático de coordinar actividades. Cada institución sigue sus propios intereses y planifica sus actividades separadamente. Aún en los procesos de planificación nacional que se realizan por SEGEPLAN, cada institución presenta planes separados y no hay esfuerzos por reconciliar diferencias o evitar duplicidad.

Aunque hay algún interés en los altos niveles del MSPAS de establecer un sistema unitario de salud, muchos observadores creen que los intereses diferentes del MSPAS y del IGSS están tan

arraigados que hay muy poca posibilidad de crear un sistema unitario en un futuro cercano. El camino hacia la cooperación pudiera ser más fácil si hubiera mayor consciencia de las experiencias de otros países de Latino América.

RECOMENDACION

AID debe patrocinar un seminario para discutir el potencial de coordinar los sistemas de salud del MSPAS e IGSS. Expertos de otros países con diferentes modelos deberían ser invitados y las discusiones deberían enfocarse en las implicaciones de estas experiencias para Guatemala.

2.2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

2.2.1 RESUMEN HISTÓRICO

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) fue creado en 1944 como parte de la reorganización del gobierno reformista de Arévalo. Bajo el gobierno de Ubico las actividades de salud eran responsabilidad de dos divisiones separadas del Ministerio de Gobernación: la Dirección General de Sanidad y la Beneficencia Pública. Estas dos divisiones formaron la base para el nuevo MSPAS, guardando cada una sus responsabilidades separadas y autonomía.

Beneficencia Pública, con el nuevo nombre de Dirección General de Asistencia Pública en 1945, era la responsable de todos los hospitales públicos. En ese tiempo habían por lo menos tres hospitales grandes en la capital --San Juan de Dios, San Vicente y un hospital de maternidad -- y hospitales regionales en San Marcos, Quetzaltenango, Antigua, Chiquimula y Puerto Barrios. Habían pocos hospitales privados en al capital, así como dos hospitales de la United Fruit Co. que no estaban bajo el control del gobierno. La Beneficencia también era responsable de varios orfanatorios que estaban dirigidos por religiosas.

La Dirección General de Sanidad era responsable de todas las otras actividades de salud pública. Aplicaba el Código de Sanidad que se había establecido a principios de siglo. Las unidades departamentales administrativas llamadas Unidades Sanitarias eran las responsables del control de enfermedades infecciosas (epidémicas e infecciosas). También tenía programas menores de control de establecimientos de comida y saneamiento ambiental.

Durante las décadas de los años cuarenta y cincuenta, el MSPAS, con apoyo del los Estados Unidos a través del Servicio Cooperativo de Salud Pública (SCISP), construyó el Hospital Roosevelt, una adición importante al sistema de salud de la capital. Los Estados Unidos proporcionaron aproximadamente un tercio de los costos de construcción - aunque el apoyo fue suspendido durante el gobierno de Arbenz (1952-4). El hospital se empezó en 1945 y la construcción terminó en 1957. Concebido inicialmente como un hospital para evacuación durante el período de guerra, se rediseñó para incluir las salas de maternidad y pediatría. Bien diseñado y construído, el Hospital Roosevelt es una de las instalaciones de salud más grandes del país.

El SCISP proporcionó apoyo a una variedad de actividades de salud durante los años cuarenta y cincuenta. Proporcionó programas de capacitación para trabajadores de salud del área rural y comadronas. Sin embargo, la mayoría del apoyo fue para programas de agua potable y saneamiento ambiental, especialmente para la capital, y programas de erradicación de malaria y control de tifus y fiebre amarilla.

En 1954, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM) fue creado como una unidad autónoma dentro del MSPA. Durante este tiempo el SNEM fue apoyado con fondos de UNICEF y asistencia técnica de OPS.

Durante el mismo período, se inició un nuevo programa, Salud Rural, con ayuda de UNICEF y OPS. Este programa, como precursor de los programas de atención primaria en salud en áreas rurales de los años setenta, fue diseñado para crear una red de centros en las capitales de los distritos y proveer capacitación a comadronas empíricas. Iniciado como un proyecto piloto en 1956, pronto se amplió con fondos nacionales para cubrir todo el país. Es esta red inicial de centros de salud la que formó el nivel primario de las actividades de salud para programas posteriores de atención en servicio de salud.

En 1962 las actividades del SCISP se cambiaron a una nueva organización guatemalteca, SSSP que supervisaba la integración de actividades del SCISP al MSPAS y quien fue responsable de los programas de salud de la Alianza para el Progreso, las Unidades Móviles. Este programa proporcionó cerca de 10 vehículos Willys especialmente equipados que visitaban periódicamente las comunidades de su jurisdicción, proporcionando consultas médicas, vacunas y ayudando a la comunidad a establecer clínicas locales para estas visitas. El programa fue efectivo en llevar atención a áreas no servidas y generó una demanda para programas posteriores. Sin embargo, fue criticado por su bajo costo-efectividad y fue obstruído por problemas de mantenimiento y suministros. Este programa se continuó por un tiempo con apoyo de UNICEF, después de que se retiró la ayuda de los Estados Unidos.

A principios de los años sesenta el MSPA inició la política general de recolectar los "pagos de consulta", una cuota de 25 centavos por cada consulta con el doctor. Esta cuota para recobrar costos podía ser utilizada por cada centro de salud para sus necesidades locales y proporcionó cierta flexibilidad al sistema financiero controlado centralmente. Los fondos recolectados por las Unidades se les daban a las comunidades para ayudarlos en los programas locales de salud, generalmente la construcción de clínicas.

Una reorganización importante del MSPAS se inició en 1969 bajo el Ministro Asturias Valenzuela, durante el gobierno civil de Méndez Montenegro. Las dos divisiones separadas de hospitales y salud pública fueron integradas en la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) con dos sub-direcciones; la Sub-Dirección de Ejecución y la Sub-Dirección Normativa. Es esta estructura legal la que aún regula la estructura del MSPAS.

Fue en este mismo tiempo que se intentó coordinar al sector salud por completo, con la creación del Consejo Nacional de Salud. La coordinación entre el MSPAS e IGSS no se ha logrado desde entonces.

La regionalización del sistema de salud también empezó bajo la iniciativa del Ministro Asturias. Este programa creó cinco regiones con equipos regionales de médicos en salud pública, enfermeras graduadas, trabajadoras sociales y administradores.

Se crearon unidades en los centros de salud que dependían de cada oficina regional. Un total de 23 centros de salud de área eran los responsables de una serie de centros y puestos de salud más pequeños. No fue sino hasta los años sesenta, con el Ministro Uclés, que esta regionalización estuvo lo suficientemente avanzada para tener una gran red de puestos de salud.

Fue a principios de 1970 que se inició la construcción de los puestos de salud, la creación del programa de Técnico en Salud Rural, la capacitación de promotores voluntarios y el programa de EPS para los estudiantes de medicina. Este último programa se creó en coordinación con la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos.

El terremoto de 1976 llevó a una reestructuración temporal del MSPAS para poder enfocarse en el esfuerzo de reconstrucción en saneamiento ambiental, enfermedades epidémicas y servicios curativos. Durante este período, el Departamento de Epidemiología de la División Normativa se hizo cargo del autónomo SNEM. Esta integración debilitó más al servicio existente de malaria.

Desde 1976 el flujo de apoyo internacional ha tenido un impacto en la fuerza de los diferentes departamentos normativos. La División Materno-Infantil (DIMIF) con ayuda de AID, UNICEF, y otros donantes se convirtió en un departamento grande. También se favoreció a Saneamiento Ambiental, mientras que el Departamento de Atención Médica y otros estaban extremadamente débiles.

El proceso de crecimiento de DIMIF, produjo su propia debilidad con el tiempo. El departamento tuvo que dividir sus actividades en programas fragmentados que eventualmente funcionaban en oficinas desperdigadas en toda la ciudad. Esta fragmentación ha inhibido no sólo a este departamento sino que a la mayoría de departamentos normativos. Los donantes extranjeros continúan reforzando esta fragmentación de las actividades de los programas.

2.2.2 ACTUAL ESTRUCTURA DEL MSPAS

La estructura administrativa actual del MSPAS está en transición desde la última organización legislativa formal, aprobada en agosto de 1984 bajo un gobierno militar para preparar el camino de legislaciones futuras a favor del esfuerzo de descentralizar la administración pública. Dentro del Ministerio, el Vice-Ministro de Asuntos Técnicos esta encargado formalmente de organizar el proceso del MSPAS de planificar e implementar un programa de reformas administrativas dirigidas a lograr la descentralización y actualizar la administración del MSPAS en los próximos tres años. Bajo el Director General de Servicios de Salud se ha encargado a una unidad separada del Desarrollo Institucional para realizar la reforma administrativa a nivel de la institución. OPS está actualmente proporcionando asistencia técnica es esta área.

Se han iniciado muchos esfuerzos de reformas en el pasado y éstos han fracasado en lograr cambios significativos en la administración del MSPAS. Sin embargo, este nuevo

esfuerzo, por ser parte de una iniciativa gubernamental más grande, puede ser más efectivo. Ofrece una oportunidad a los donantes de apoyar el mejoramiento de la administración de la institución de salud más grande del país.

El MSPAS necesita reformas administrativas más grandes y actualizadas. Reflejando una de las debilidades generales del sector público, como se mencionó en la sección 1.4.3, el MSPAS es una institución muy centralizada y fragmentada con una baja capacidad y motivación de mucho de su personal. Está muy orientada hacia la atención curativa ya que es el responsable de los hospitales más grandes del país y la mayoría de su personal trabaja en el sector hospitalario. La capacitación en salud pública es limitada aún a los oficiales que son responsables de las actividades de salud pública en los niveles administrativos inferiores. Aunque muchos de los Ministerios de Salud de otros países tienen deficiencias similares, pocos tienen tan alto grado de centralización y fragmentación y pocos tienen tantas limitaciones burocráticas hacia la iniciativa y motivación del personal.

El MSPAS es una institución grande y compleja que tiene más de 18,000 empleados dispersos en más de 1,000 servicios en 24 áreas de salud, correspondientes a los departamentos geo-políticos. El sistema de salud del MSPAS está basado en una organización piramidal, con los trabajadores comunitarios de salud en la base, los puestos y centros de salud en medio y los hospitales arriba. El sistema completo está dirigido por una administración central con varias unidades operativas y normativas en oficinas desperdigadas en toda la ciudad capital. De la administración central dependen 24 oficinas de las Jefaturas de Area, cada una con un equipo consistente de Jefe de Area, un médico, quién a menudo no tiene capacitación en salud pública, Enfermera de Area, Inspector de Saneamiento Ambiental de Area, Estadístico de Area y Trabajador Social de Area. Este equipo es responsable principalmente de supervisar, dirigir y, con frecuencia, capacitar al personal de salud de los centros y puestos de salud, así como a los voluntarios de las comunidades. Los hospitales regionales y de área funcionan fuera de la jurisdicción del equipo de área. Este es supervisado por seis supervisores ambulantes quienes se convertirán en Jefes Regionales en la nueva reorganización.

A nivel comunitario el MSPAS ha capacitado varios tipos de voluntarios para diferentes programas. Actualmente, existen alrededor de 5,000 promotores de salud que están activos en sus comunidades. Los promotores de salud fueron capacitados para ayudar a la comunidad en la prevención de enfermedades, saneamiento ambiental y suministro de agua potable, y programas de supervivencia infantil específicos como inmunizaciones y TRO. Hay una gran falta de personal de este nivel. Las normas del MSPAS establecen que se necesita un promotor por cada 180 habitantes, lo que requeriría cinco veces el número de promotores activos actualmente.[1] También existen 6,695 comadronas capacitadas activas. Con capacitación en higiene, prácticas de salud materno-infantil y planificación familiar, estas comadronas, y las comadronas empíricas, atienden casi el 80% de los nacimientos del país. Los voluntarios de malaria, que son aproximadamente unos 7,000, son los responsables de los programas de vigilancia y tratamiento del Departamento de Malaria.

---

1 World Bank, **Guatemala: Population, Nutrition and Health Sector Review**, Washington, 1986.

Trabajando también en muchas comunidades están los Técnicos en Salud Rural - TSR, quienes fueron adiestrados por los programas apoyados por AID en la década de los años setenta. Los TSRs estimulan a las comunidades para que participen en actividades de salud preventiva como programas de agua potable y saneamiento ambiental, inmunizaciones y TRO. Con capacitación para organizar comunidades, también capacitan y supervisan a los promotores de salud, dan clases de educación en salud y se han convertido en especialistas en tecnologías de agua potable y saneamiento ambiental.

Los puestos de salud están localizados generalmente en aldeas de 500 a 1,000 habitantes. Son el único acceso a la atención de salud para la mayoría de personas que viven en áreas lejanas del país. Son atendidos por una auxiliar de enfermería y ocasionalmente por un estudiante de medicina haciendo sus seis meses de Ejercicio Profesional Supervisado - EPS. Los auxiliares proporcionan una amplia gama de atención primaria, inmunizaciones, control pre y post-natal, TRO, planificación familiar y primeros auxilios. Ellos supervisan a las comadronas adiestradas de sus comunidades y se han involucrado en el programa de canalización. Los estudiantes de medicina en EPS atienden sólo al 35% de los puestos de salud. La calidad de la atención proporcionada por los EPS varía considerablemente.

Existen dos tipos de centros de salud: Centro de Salud tipo "B" sin camas y el Centro de Salud tipo "A" con 30 a 40 camas. Estos representan el segundo nivel de tratamiento ambulatorio y reciben a pacientes que son referidos por los puestos de salud. Los centros de salud están generalmente ubicados en las cabeceras municipales y en poblados de 1,000 a 20,000 habitantes. El personal incluye médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería y, algunas veces, inspectores de saneamiento ambiental, técnicos de laboratorio y trabajador social, por lo que estos centros pueden proporcionar un nivel de atención más sofisticado que los puestos de salud de su distrito. Los 30 centros de salud tipo "A" proporcionan camas para maternidad y observación y pueden funcionar como un hospital pequeño.

Los puestos y centros de salud proporcionan la base de la atención primaria en el país, pero su número inadecuado y pobre distribución limita el acceso al nivel más bajo de atención. En 1984, existían 590 puestos de salud operantes que servían a una población de 4.8 millones de habitantes, los que equivale a un promedio de 8,000 habitantes por puesto de salud. Bajo condiciones óptimas, un auxiliar de enfermería podría servir a una población de 5,000 habitantes.[2] Sin embargo, lo puestos de salud no están distribuídos equitativamente. Sólo en cinco departamentos hay un promedio de población meta de menos de 5,000; en siete departamentos la cifra está entre 10,000 a 26,000 habitantes por puesto de salud. La distribución tiende a estar peor en los departamentos mayenses del altiplano.

El tercer nivel de atención es el sistema hospitalario. El MSPAS opera 35 hospitales con un total de 7,838 camas. Siete de estos hospitales con 46% de las camas, lo que corresponde al 35% de los gastos hospitalarios totales están concentrados en el departamento de Guatemala. Muchos de los otros hospitales están ubicados en las cabeceras departamentales. La capacidad por cama hospitalaria es inadecuada, con un promedio de 1.2 camas por 1,000 habitantes. Sin embargo, las camas hospitalarias están mal distribuídas y, en algunos hospitales, están sub-utilizadas. En 1983,

---

2 Ibid.

22 de los 28 hospitales de atención general del MSPAS tenían tasas de ocupación entre 38% y 70%. El departamento de Guatemala tenía el doble del número de camas por 1,000 habitantes que todo el país completo. Dos hospitales de la ciudad de Guatemala (Roosevelt y San Juan de Dios) tienen casi el 30% del total de camas hospitalarias. Entre los hospitales la distribución de camas también es inadecuada, con muchas salas de maternidad con muchas camas y las camas de otras especialidades, aún pediatría, sub-utilizadas.

El Ministerio está organizado generalmente de acuerdo a los organigramas que son comunes en América Latina. (Gráfica 2.1) Existe una oficina central del Ministro que es formalmente responsable de todas las actividades del Ministerio y de coordinar con otras instituciones de salud, gubernamentales e internacionales. Dentro de la Oficina del Ministro están dos Vice-Ministros, uno para asuntos administrativos y otros para asuntos técnicos. Dependiendo de cada Vice-Ministro están las unidades de apoyo, una para Servicios Administrativos y otra para Planificación y Programación. La Unidad de Planificación y Programación es responsable de preparar el presupuesto del MSPAS, los planes anuales operativos, los planes periódicos de cinco años y otros estudios especiales. Es uno de varios centros de información y probablemente el más efectivo.

La responsabilidad oficial y central de este nivel administrativo es establecer la política del MSPAS. Desafortunadamente, la centralización de toma de decisiones en la Oficina del Ministro ha significado que aún las decisiones rutinarias sobre los gastos presupuestarios y de personal se hagan a este nivel.

Reflejando en parte la falta de delegación de autoridad y la fragmentación de la institución aún en los niveles superiores, existen varias unidades distintas que son directamente responsables ante el Ministro y no son asignadas a ninguno de los dos Vice-Ministros ni al Director General de Servicios de Salud. Estas unidades son la Oficina de Procuradoría, la Oficina de Coordinación de Asuntos Internacionales y la Oficina de Relaciones Públicas.

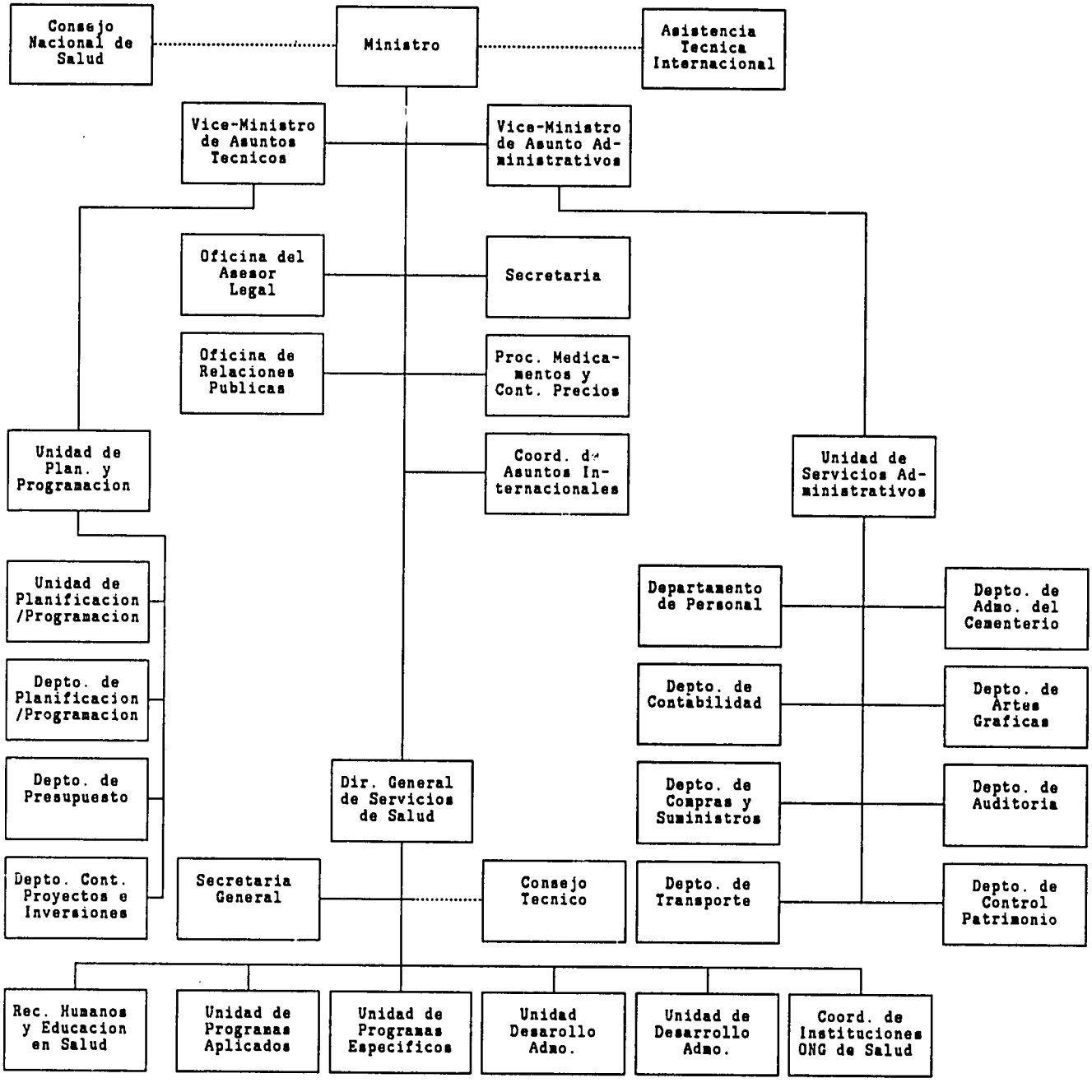
El tercer oficial más alto es el Director General de Servicios de Salud, quien es responsable de las cinco unidades normativas y la Unidad de Supervisión y Evaluación, que dirige la operación de las unidades operativas de las áreas de salud y los hospitales. El Director General coordina las divisiones normativas y técnicas para facilitar su aplicación en las unidades operativas responsables de implementar los programas.

Aunque existen cinco unidades normativas, dos tienen mayor responsabilidad: la Unidad de Programas Aplicados y la Unidad de Recursos Humanos y Educación en Salud.

Dentro de la Unidad de Programas Aplicados se concentra la responsabilidad normativa y de coordinación tanto de la atención curativa, en el Departamento de Atención Médica, y para los programas más grandes de supervivencia infantil: Departamento de Salud Materno-Infantil, Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Nutrición y Alimentación y el Departamento de Saneamiento Ambiental.

El Departamento de Atención Médica es responsable de establecer las normas para toda la atención curativa. Consta de sólo dos profesionales y dirige a los sectores hospitalarios

Grafica 2.1
Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
Organigrama - Noviembre 1985



que son relativamente autónomos, cuyos directores tienen el poder independiente y tienden a reportarse directamente a la oficina del Ministro. El sector hospitalario tiene un poder significativo debido a que los problemas en este sector son extremadamente sensibles políticamente. Las huelgas de los trabajadores sindicalizados de salud han tenido ramificaciones importantes aún con los gobiernos militares, llegando hasta forzar el reemplazo de un Ministro de Salud en una oportunidad. Los directores tiende a controlar sus propios presupuestos institucionales y no son responsables funcionalmente ante las autoridades de área ni regionales, y pueden con frecuencia pasar por encima del Director General. La información de salud y administrativa que sea consistente, en especial contabilidad de costos, no es proporcionada confiablemente al nivel nacional.

Por lo tanto, el nivel nacional del Ministerio está mal equipado para dirigir y supervisar los servicios hospitalarios que consumen la porción más grande del presupuesto.

Los otros departamentos de la Unidad de Programas Aplicados tienen un papel más importante en dirigir los proyectos de donantes en supervivencia infantil y agua potable y saneamiento ambiental. Como se mencionó anteriormente, el Departamento de Salud Materno-Infantil está asumiendo responsabilidades más grandes ya que el financiamiento de los donantes, incluyendo planificación familiar, está canalizado a través de esta unidad. El Departamento de Nutrición y Alimentación es extremadamente débil, con sólo dos profesionales y poco acceso a las fuentes de financiamiento. Muchas veces ha sido pasado por alto aún por INCAP, cuyas contrapartes se encuentran en el Departamento de Salud Materno-Infantil. El Departamento de Vigilancia Epidemiológica, que en otros países es responsable de los aspectos normativos y operacionales de los programas de inmunización, ha perdido la responsabilidad de establecer los estándares normativos para el programa de inmunización de supervivencia infantil, que ahora lo hace el Departamento de Salud Materno-Infantil. Los programas de estas unidades se discutirán en capítulos separados sobre salud materno-infantil, planificación familiar y nutrición.

La segunda división más grande es la Unidad de Recursos Humanos y Educación en Salud, que es la responsable de todas las actividades educativas y de capacitación, tanto de programas cortos de capacitación en servicio como de las instituciones de capacitación a largo plazo, como la escuela de auxiliares de enfermería y otras escuelas para profesionales. Las actividades de esta división se discutirán en el capítulo sobre Recursos Humanos.

La Unidad de Programas Específicos tiene a su cargo el control de malaria y de tuberculosis, así como la salud mental y oral. La unidad de malaria había sido anteriormente una agencia autónoma, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), que se integró al MSPAS a principios de los años setenta. Todavía es administrado como un programa vertical, como la mayoría de programas contra la malaria alrededor del mundo. La unidad de tuberculosis también es un programa tradicionalmente vertical encargado principalmente del tratamiento de los casos. Esta división también establece normas y coordina las instituciones de salud mental y los servicios odontológicos y, recientemente, se le ha asignado el cargo de monitorear y coordinar los programas de SIDA en el país.

La próxima unidad, Desarrollo Administrativo, es relativamente pequeña. Sus funciones son hacer mejoras estructurales en el Ministerio, analizar planes, formularios, etc. de otras partes del Ministerio, revisar gráficas y análisis de datos, hacer investigaciones y recomendar

cambios relacionados con las funciones del Ministerio. Esta unidad es débil y en algunos casos duplica los esfuerzos de la unidad de planificación y programación a nivel de políticas.

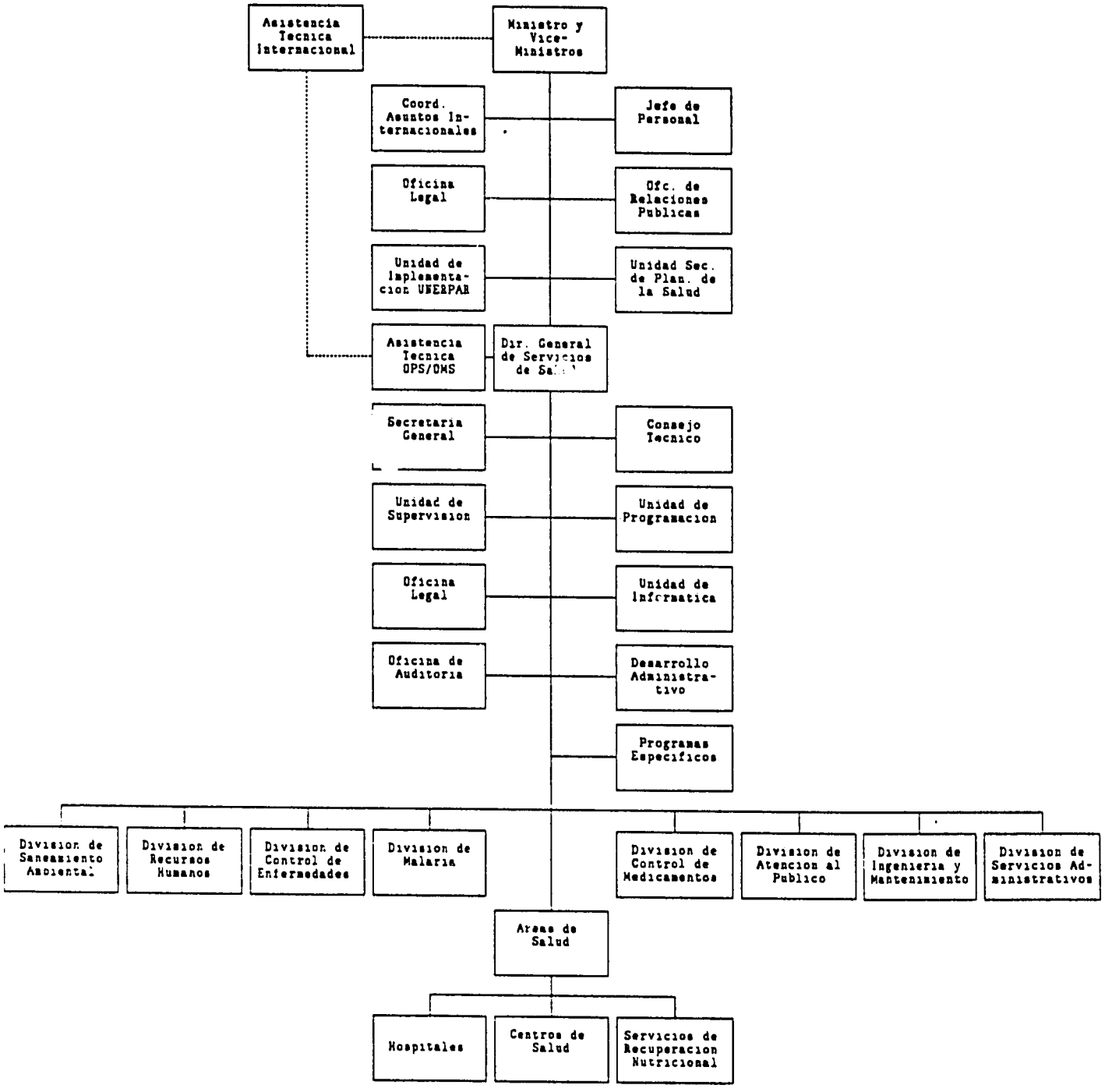
La última unidad normativa está encargada de la coordinación de las instituciones no-gubernamentales que operan en Guatemala. Aunque se incluyen tanto las organizaciones no-lucrativas como las lucrativas para fines de actividades, está principalmente relacionada con el monitoreo de las actividades de las organizaciones no-gubernamentales voluntarias. (Ver sección 2.5 para la discusión de las organizaciones no-gubernamentales que trabajan en Guatemala.)

La próxima división está relacionada con la entrega de servicios, supervisión y evaluación. Dirige las operaciones diarias de los centros y puestos de salud del país. En la actualidad se basa en las 23 oficinas de áreas de salud, pero está moviéndose hacia una regionalización, con el establecimiento de ocho regiones de salud.

Recientemente, se creó la Unidad de Investigación para dirigir las operaciones de proyectos de investigación, y se reporta directamente al Director General.

Esta organización institucional a nivel central es diferente a la organización legalmente autorizada y creada en 1984. (Gráfica 2.2) Las diferencias principales son: 1) la asignación de la mayoría de responsabilidades administrativas al Vice-Ministro de Servicios Administrativos, pasando por alto al Director General de Servicios de Salud, 2) la consolidación de las actividades de planificación y programación bajo el Vice-Ministro de Asuntos Técnicos, 3) el reajuste y consolidación de las ocho divisiones normativas tradicionales en cinco divisiones normativas y de coordinación, 4) el establecimiento de una división operacionalmente separada para supervisar las instalaciones de salud del Ministerio. Con esta reorganización puede ser probable que algunos cambios traigan mayor eficiencia. Separar la responsabilidad administrativa del Director General de Servicios de Salud puede mejorar la capacidad administrativa de los servicios. La unificación de las actividades de planificación y programación a nivel de política es un paso positivo. Introducir divisiones normativas más grandes disminuye el número de jefes de división responsables directamente ante el Director General, una consolidación que puede disminuirle presiones administrativas al Director General y permite hacer la toma de decisiones más efectiva. Sin embargo, aún no está claro si estos cambios han tenido algún impacto en los problemas centrales del MSPAS. Todavía existe la centralización de la toma de decisiones y la fragmentación de los programas. Los cambios han introducido la Unidad de Programas Aplicados, especialmente en el Departamento de Salud Materno-Infantil. Todavía existe duplicidad de algunos servicios y responsabilidades administrativas. Las actividades de planificación y del sistema de información son responsabilidad del Director General, mientras que otras se han transferido a los Vice-Ministros. Finalmente, aunque hay menos divisiones normativas que se reportan ante el Director General, esta oficina no tiene la suficiente capacidad administrativa para coordinar todas las actividades normativas y programáticas del Ministerio, especialmente cuando el Director General tiene otras responsabilidades que requiere que se ausente de su puesto. Puede ser útil que el Ministerio nombre a un sub-director en este nivel. En los años setenta y principios de los ochenta, este puesto se utilizó efectivamente para dirigir las operaciones diarias, iniciar las reformas administrativas en las actividades de programación y proporcionar estabilidad cuando el Director General se encontraba ausente de la Ciudad de Guatemala.

Grafica 2.2
Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
Organigrama - Noviembre 1986



ha intentado un esfuerzo de planificación nacional. En la actualidad parece ser que se hace más planificación en la Presidencia que en SEGEPLAN.

2.2.4 LIMITACIONES

2.2.4.1 Centralización

Todos los observadores del MSPAS han acordado que el problema crucial es la centralización burocrática, lo que es consistente con el resto de las instituciones del sector público. Esta centralización de las decisiones más rutinarias significa que los niveles inferiores del Ministerio no pueden hacer decisiones oportunas y apropiadas sin la aprobación de los niveles superiores. Muchas veces se requieren las firmas de oficiales a nivel de política para las asignaciones más elementales de personal y presupuesto. Este proceso hace más lenta la implementación y evita que los oficiales de los niveles inferiores tomen iniciativa y responsabilidad por sus programas. Además, la centralización no deja mucho tiempo de los oficiales disponible para tomar decisiones de políticas y de coordinar actividades con otras instituciones. Mucho del tiempo se toma en hacer decisiones rutinarias o en tener reuniones con oficiales de niveles inferiores que necesitan de la aprobación de sus decisiones, lo que les deja muy poco tiempo para la toma de decisiones que son adecuadas para establecer políticas.

Aunque está claro que el actual gobierno está haciendo un esfuerzo para sobre ponerse a este problema importante, éste necesitará mucho apoyo para cambiar los patrones históricos, los hábitos establecidos y los intereses institucionales que están implícitos en la actual estructura centralizada. Los esfuerzos pasados de reformas administrativas en el MSPAS no han tenido éxito en implementación. Este esfuerzo puede ser más efectivo debido a que es parte de un programa gubernamental más amplio y porque está siendo implementado en un período largo de tiempo. Sin embargo, el apoyo de los donantes para este esfuerzo, tanto con asistencia técnica como financiera, puede ser necesario para facilitar y fortalecer la reforma.

2.2.4.2 Fragmentación

Las divisiones normativas en Guatemala han tenido una larga historia de rivalidad intra-institucional, "batallas por territorio" burocrático y resistencia a la coordinación y cooperación. A este nivel central, muchas actividades programáticas se dirigen como programas verticales y separados de oficiales que tienen que guardar celosamente la prerrogativa de controlar los fondos y las actividades relacionadas con cada programa. En algunos casos, los oficiales de una misma oficina no se comunican con otros sobre sus proyectos, aún cuando son los responsables de las actividades que requieren coordinación. A finales de los años setenta, un ejercicio de programación patrocinado por OPS promovió el esfuerzo de forzar a los oficiales de las divisiones normativas a que trabajaran juntos, tanto a nivel de la capital, como a nivel de las áreas de salud, cuando el esfuerzo se amplió a la periferia del sistema. Este esfuerzo tuvo éxito en sobre pasar parte del aislamiento y fragmentación de los programas. obligó a los oficiales a compartir información sobre sus planes y actividades y a discutir las formas de coordinación. Sin embargo, en 1982 cuando el golpe de estado de Ríos Montt propició cambios del personal de salud, aún de nivel técnico, esta

integración fue abandonada. Actualmente, el Ministerio ha reconocido los problemas de la orientación de fragmentación y verticalidad de los programas y ha empezado a tratar de corregirlas.

Está claro que los donantes han contribuído a la fragmentación de las divisiones normativas. Los donantes proporcionan financiamiento y asistencia técnica a los programas que son administrados de forma vertical por una contraparte, quien con frecuencia es director de una división normativa. En algunos casos, como el proyecto de AID que apoyó la capacitación de TSRs en los años setenta, el programa requiere del establecimiento de una unidad administrativa separada que estaba fuera de la jerarquía administrativa existente. En casi todos los casos, los requerimientos presupuestarios y de informes de los proyectos de los donantes refuerzan la separación burocrática de cada proyecto de la estructura administrativa normal del ministerio.

2.2.4.3 Supervisión

Hasta mediados de los años ochenta la responsabilidad de supervisión a nivel nacional era asumida por cada una de las divisiones normativas. Cada división desarrolló sus propios criterios para la supervisión y los aplicaba en diferentes grados esporádicamente. A nivel de área de salud, cada equipo de área era responsable de supervisar todas las actividades de salud del área.

En 1986, la reorganización del MSPAS creó la Unidad de Supervisión y Evaluación, que debería coordinar las actividades operacionales de todas las divisiones normativas y supervisaría al personal de salud a nivel de área. La OPS ha proporcionado asistencia técnica para apoyar el desarrollo de los sistemas de supervisión, normas, manuales y formularios.

A pesar de estas iniciativas, la capacidad de supervisión del MSPAS es aún rudimentaria. Sólo existen seis supervisores de nivel nacional, cada uno responsable de una región de salud grande. Les falta transporte y apoyo logístico. Los nuevos sistemas de supervisión son un buen inicio pero aún son débiles. Los formularios de supervisión necesitan ser revisados para que se enfoquen en los problemas claves de las áreas de inmunización, TRO y otras intervenciones prioritarias. Los supervisores actualmente llenan los formularios en base a una entrevista en lugar de observación, y con frecuencia no proporcionan capacitación para corregir conductas inadecuadas. Los supervisores deben capacitarse en técnicas de observación y en capacitación en servicio. Por último, los formularios utilizados por los supervisores necesitan ser integrados al sistema de información de salud para proporcionar una base para evaluar el progreso hacia los objetivos establecidos por las divisiones normativas.

2.2.4.4 Personal

Es común en los países de América Latina que los oficiales superiores del Ministerio de Salud permanezcan en el poder por períodos cortos. Los oficiales, como el Ministro y los Vice-Ministros, son nombrados políticamente y deben responder a la situación política cambiante. Guatemala no es una excepción de ésto, con 23 ministros de salud en 44 años. Sin embargo, aún cuando el gobierno de Ríos Montt empezó el cambio generalizado de personal en 1982, el nivel técnico del MSPAS, empezando con el Director General hacia abajo en la jerarquía, ha estado relativamente estable. Un Director General estuvo en su cargo durante 10 años. El gobierno de

Ríos Montt cambió la estabilidad haciendo cambios importantes de personal en todo el MSPAS, lo cual todavía continúa hoy. Aunque se espera que ocurran cambios debido al cambio de gobierno militar a civil y la naturaleza transitoria de la estructura de organización del MSPAS, esta inestabilidad puede afectar la efectividad de los programas del ministerio. El recambio rápido de los oficiales de salud evita el desarrollo consistente de los programas, afecta la toma de decisiones rutinarias, hace la coordinación y cooperación entre unidades administrativas más inciertas y produce inevitablemente retrasos por el tiempo que requieren los nuevos oficiales para conocer su trabajo. Una prioridad central del MSPAS debería ser restaurar la estabilidad del personal de nivel técnico, haciendo sólo los cambios por promociones, excepto en algunos casos singulares.

Un segundo nivel de problemas para el personal del MSPAS es la falta de incentivos claros por buen desempeño y por iniciativas. Existen una serie de factores que bajan la moral y motivación. Los bajos salarios han hecho que otros empleos sean más atractivos para personal capacitado, efectivo técnicamente y con capacidades administrativas y gerenciales. Para el sector público en general, los salarios reales han disminuído un 64% del nivel de 1980 en 1985. Por razones políticas y para evitar huelgas potencialmente dañinas de los empleados de salud, el MSPAS trata de mantener el mismo número de empleados. Sin embargo, cuando los presupuestos están bajo presión, como lo han estado desde 1980, la tendencia es de cambiar la composición de personal hacia trabajadores de menor salario, menores habilidades y menor productividad. Con la excepción de los médicos, quienes han mantenido la proporción puestos en el MSPAS, está tendencia parece haber debilitado el nivel medio del ministerio.

La falta de apoyo logístico, transporte y viáticos evita que muchos oficiales cumplan con las tareas por las que son responsables y disminuye la motivación para tomar iniciativas. Este problema es particularmente crítico para algunos puestos como los supervisores de todos los niveles, los equipos de área, los auxiliares de enfermería que hacen canalización y los TSRs, cuyos trabajos requieren transporte y viáticos.

Por último, no existen requerimientos claramente definidos sobre capacitación y experiencia para hacer carrera en algunos puestos importantes del MSPAS ni tampoco existen procedimientos estándares para la evaluación de personal. Especialmente para puestos de responsabilidad administrativa, como los oficiales técnicos de alto nivel y los oficiales regionales y de área, debería requerirse capacitación y experiencia en dirección y administración pública para el nombramiento. Las evaluaciones del desempeño del personal deberían ser estandarizadas y ejecutadas rutinariamente para proporcionar incentivos para mejorar y estimular las iniciativas.

Aunque la capacitación técnica aún falte en algunas áreas, la debilidad principal del personal del MSPAS es la falta de capacitación en habilidades administrativas y gerenciales. El MSPAS está proporcionando oportunidades para capacitación en administración pública en el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Sin embargo, la debilidad de los sistemas administrativos del ministerio requieren de un programa grande de largo plazo para capacitar a profesionales en administración pública para mejorar la capacidad administrativa del MSPAS. En los primeros programas de asistencia de los Estados Unidos bajo el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), muchos oficiales de salud pública recibieron capacitación en administración pública en universidades en el extranjero. Estos individuos regresaron para ocupar puestos altos en el MSPAS y fueron los responsables de los logros importantes en las décadas posteriores a su capacitación. Una capacitación similar de largo plazo en el extranjero para

oficiales con puestos claramente identificados a su regreso puede proporcionar las habilidades administrativas y gerenciales necesarias para sobre pasar a esta limitación importante.

2.2.4.5 Desequilibrio Curativo/Preventivo

Como se mencionó anteriormente en este informe, el balance de los recursos físicos, humanos y financieros del MSPAS está inclinado hacia la atención curativa, especialmente para hospitales de alto costo. Actualmente, 80% del presupuesto del MSPAS está destinado para la atención hospitalaria. Mientras que los servicios de atención primaria en salud y los auxiliares son insuficientes para cubrir las áreas rurales y marginales, el número de camas hospitalarias es más que suficiente para cubrir la demanda. Es más, muchos hospitales están sub-utilizados y aún así el MSPAS está comprometido actualmente a abrir nuevos hospitales.

Los trabajadores principales de la atención primaria, como auxiliares de enfermería y TSRs, son menos de los necesarios y además no reciben el apoyo logístico necesario para cumplir con sus responsabilidades. Dado el tipo de problemas de salud que continúan afectando a la población guatemalteca (diarrea, desnutrición, enfermedades respiratorias y enfermedades inmuno-prevenibles, que son mejor atacadas con programas no-hospitalarios), este desperdicio de recursos en el sector hospitalario ha debilitado la capacidad del MSPAS de responder a los problemas de salud de la población.

2.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El MPSAS es la institución más significativa del sector salud. Oficialmente es el responsable de proporcionar los servicios curativos y preventivos a la población en general. Es una gran burocracia que administra hospitales, centros y puestos de salud e implementa una diversidad de programas específicos de carácter vertical en salud materno-infantil, control de enfermedades trasmisibles, control de vectores, saneamiento y agua potable, nutrición y planificación familiar. Como en la mayoría de países en vías de desarrollo, el MSPAS de Guatemala no es capaz totalmente de proporcionar suficientes servicios de alta calidad para tener un impacto importante en el nivel de salud de la población.

Constantemente no cuenta con suficientes fondos para las áreas curativas y preventivas. La distribución de recursos dentro del ministerio es desequilibrada y utilizada ineficientemente. Aunque hayan discrepancias sobre la distribución apropiada de los recursos de salud entre los servicios curativos y preventivos y entre área rural y urbana, la distribución de servicios de Guatemala puede calificarse de mala usando cualquier criterio. A pesar de las declaraciones públicas de las prioridades para atención primaria en salud, supervivencia infantil y planificación familiar, la mayoría del presupuesto del MSPAS se destina a otras áreas, en especial al sector menos efectivo y que está orientado a los aspectos curativos, como lo son los hospitales. Los hospitales están diseñados y administrados ineficientemente, con algunos servicios e instalaciones poco o no utilizados y otros con alta demanda e insuficientes recursos para cubrir la demanda. La mayoría de gastos está concentrada regionalmente en la ciudad capital.

Aunque hay razones históricas para el desequilibrio de los servicios, y aunque es necesario continuar el apoyo para los servicios curativos que tienen alta demanda, el sistema ha resistido exitosamente los esfuerzos por cambiar el equilibrio hacia las áreas prioritarias. Es más, a pesar de algunas mejoras ocurridas en la década de los sesenta, recientemente los recursos nacionales se han destinado principalmente a los servicios curativos y hacia la ciudad capital, lo que ha empeorado el desequilibrio histórico. Dada la naturaleza de los problemas de salud en Guatemala, que requieren mayores esfuerzos en programas de atención primaria, este desequilibrio existente en la institución de salud más importante es una fuerte limitante al logro de mejorar el nivel de salud del país.

La organización administrativa del MPSAS es inadecuada para la tarea de alcanzar las metas de atención primaria con el uso eficiente de los escasos recursos. Es una institución altamente centralizada y fragmentada que no ha sido capaz de atraer y retener a individuos motivados y altamente calificados. La centralización de la toma de decisiones diarias agobia los más altos niveles de política del MPSAS y retarda la implementación de las actividades más elementales. La fragmentación de las jerarquías administrativas ha inhibido la integración de muchos programas que requieren acciones coordinadas a nivel local. El sistema de supervisión tiene graves deficiencias de financiamiento, de personal adecuadamente capacitado, requiere que las normas y procedimientos de información se actualicen y necesita apoyo logístico para transporte.

Estas limitantes administrativas pueden ser los factores más importantes que inhiben la efectiva utilización de los escasos recursos del sector salud. Algunos de los problemas pueden resolverse con programas específicos como sistemas de manejo de información, abastecimiento y logística, sin embargo, la estructura organizativa más amplia es en sí el mayor problema.

A pesar de los esfuerzos pasados por una reorganización, el MSPAS no ha podido superar los problemas más grandes que son la fragmentación y la centralización. En algunos casos, los donantes internacionales, inclusive AID, han contribuído, en lugar de aliviar estos problemas. Ambos problemas son difíciles de superar como se ha mostrado en la historia. Cada evaluación del sector salud ha discutido estos problemas y ha expresado un optimismo sin garantía de que la descentralización y la integración de objetivos puede alcanzarse.

El esfuerzo actual de desarrollar un plan e iniciar las reformas administrativas diseñadas a la descentralización del MPSAS dentro del contexto de una descentralización general del gobierno debe ser estimulado y apoyado. Parece que un esfuerzo importante por parte de los donantes y el MPSAS es necesario para superar estos obstáculos significativos que impiden alcanzar mejoras en el sector salud. Estos esfuerzos pueden ser graduales en lugar de una reestructuración mayor que pueda dejar al MPSAS en desorden durante el proceso. Sin embargo, la planificación y la coordinación deben ser explícitas y estar incluídas en todas las actividades futuras de los proyectos. El esfuerzo actual del MPSAS de planificar e implementar una descentralización institucional significativa ofrece una oportunidad excelente para que los donantes proporcionen asistencia técnica y financiera en esta área importante.

Un segundo problema de importancia es la falta de incentivos efectivos para el talento administrativo y gerencial del MSP. Deben diseñarse sistemas para atraer, capacitar y mantener ese talento en todos los niveles del MSP. La historia de capacitación profesional y administrativa de corta duración ha sido exitosa y amerita continuidad. La capacitación de larga duración del

período del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) fue particularmente efectiva y debe reconsiderarse en los componentes de capacitación profesional en proyectos futuros que reciban apoyo.

Los ejercicios de planificación y programación en salud necesitan actualizarse. Un esfuerzo renovado de utilizar un método matricial doble computarizado de planificación y programación local debe implementarse y se deben integrar los procesos de planificación y elaboración de presupuestos.

Debe hacerse notar que un estudio reciente sobre la continuidad de proyectos de salud en Guatemala apoyados por el gobierno de los Estados Unidos encontró que las características institucionales de la agencia encargada de la implementación del proyecto era vital para la continuación exitosa de las actividades y beneficios del proyecto después de suspender el financiamiento.[3] Este estudio encontró que las instituciones que se caracterizaban por fragmentación, bajos niveles de habilidad y capacidad y que tuvieran metas conflictivas organizativamente no eran las que conducían programas permanentes. Como se mencionó anteriormente, el MPSAS es una institución de este tipo. El estudio sobre la continuidad también encontró que los proyectos integrados tendían a permanecer más que los que se organizaban en forma vertical.

Parecería adecuado empezar a superar algunas de estas limitaciones institucionales para poder crear una institución más efectiva para el mantenimiento de proyectos que han sido apoyados por financiamiento extranjero. Los donantes podrían iniciar integrando sus proyectos a la estructura administrativa normal del MPSAS y evitando así la tendencia de aumentar la fragmentación de la institución al insistir en la implementación aislada de los proyectos.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proporcionar financiamiento y asistencia técnica significativa para apoyar los esfuerzos del MPSAS de reestructurar la institución, para:

   A. Descentralizar la toma de decisiones diarias para que los niveles altos del Ministerio puedan dedicar tiempo a los aspectos de políticas y estrategias, desarrollándose así las habilidades y responsabilidades administrativas en todo el Ministerio.

   B. Promover canales de comunicación y requerir coordinación de las unidades administrativas que puedan integrar esfuerzos y lograr así una mayor eficiencia.

   C. Mejorar y actualizar los sistemas de supervisión para que hagan énfasis en la observación y la capacitación en servicio, así como integrar los sistemas de supervisión al sistema de información gerencial de salud.

---

3 Bossert, et. al., **Sustainability of U.S. government Sponsored Health Projects in Guatemala**, AID/Washington, 1987.

2. Todos los donantes, en especial AID, deben diseñar sus proyectos para crear la integración, en lugar de estructuras programáticas administrativas de carácter vertical. Deberían incluir asistencia técnica en administración y manejo gerencial en todos los proyectos importantes para ayudar en el diseño e implementación de sistemas gerenciales más eficientes y en la descentralización e integración de las estructuras administrativas.

3. El MPSAS debería instituir una política que permitiera hacer una carrera regular, que estableciera requerimientos claros de capacitación y experiencia, para los oficiales en los puestos técnico-administrativos y debería evitar los cambios de personal en estas posiciones.

4. El MPSAS debe empezar a mejorar las estructuras de incentivos para el personal que le permita atraer y recompensar a personas eficientes y con talento gerencial. AID debe proporcionar programas de capacitación de largo y corto plazo en administración y manejo gerencial en todos sus proyectos importantes.

5. El MPSAS debe iniciar un proceso de integración en ejercicios de planificación y elaboración de presupuesto. AID debería proporcionar apoyo para talleres y asistencia técnica para ayudar en la identificación de necesidades, selección de métodos adecuados e implementación de un sistema integrado. Este proceso debe coordinarse con el mejoramiento de los sistemas de salud y manejo de información que se discuten en la sección 4.4 de este informe.

6. AID debe proporcionar apoyo a la Unidad de Investigación del MPSAS para patrocinar proyectos de investigación operacional, dando prioridad a la evaluación de métodos de administración y supervisión.

2.4 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

2.4.1 RESUMEN

El IGSS es el segundo sistema más grande de salud pública en Guatemala. En la actualidad sirve a aproximadamente el 10% de la población, su presupuesto es tres cuartas partes del MSPAS. El IGSS proporciona principalmente atención curativa a los trabajadores y sus familias en las áreas urbanas más grandes y en muchas de las áreas rurales productivas del país.

Creado en 1942 como parte de las reformas del gobierno de Arévalo, el Instituto de Seguridad Social fue organizado para proporcionar servicios de salud y jubilación a trabajadores asalariados. Extendiendo su cobertura gradualmente desde 1946, los servicios de salud del IGSS cubren actualmente accidentes para los beneficiarios de todo el país. La cobertura total, que incluye enfermedad y maternidad sólo está disponible en nueve de los 22 departamentos.[4]

Después de décadas de aumentar la cobertura lentamente, en los primeros años de la década de los años ochenta hubo una disminución significativa en su cobertura. El porcentaje

---

[4] IGSS. **Informe de Labores, 1985.** Informe Anual del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, 1985.

de la población total cubierta bajó de 14.8 en 1979 a 11.4 en 1982. El porcentaje de la fuerza de trabajo cubierta por el Seguro Social disminuyó de 36.2 en 1979 a 26.7 en 1982. Las tasas de cobertura fueron tan bajas como del 3% en algunos departamentos, como El Quiché.[5]

En años recientes el número absoluto de individuos cubiertos por el sistema y el porcentaje de cobertura han estado aumentando. El IGSS está actualmente ampliando su cobertura en los departamentos agrícolas de la costa sur. La cobertura materno-infantil se ha ampliado a todos los niños menores de cinco años y todos los servicios se han ampliado para sus miembros después de la jubilación. Sin embargo, las cifras de cobertura aún están bajas en comparación con la población total y la población empleada total.

El IGSS depende nominalmente del Ministerio de Trabajo, pero en realidad está dirigido por una Junta Autónoma que selecciona y contrata al director y establece la política de la institución.

Como muchas de las instituciones públicas de Guatemala, el IGSS está muy centralizado. Bajo el Director existen dos sub-directores que son responsables de los programas/servicios y de la administración/finanzas, respectivamente. En el área de administración y finanzas se encuentra la responsabilidad por el presupuesto, compras y distribución de todos los suministros y equipos necesarios. Bajo la sección de programas/servicios se encuentra toda la atención médica, así como las pensiones y varios subsidios. Finalmente, las funciones de personal que proporcionan apoyo en las áreas de personal y transporte, dependen directamente de la oficina del Director.

La oficina central está organizada de acuerdo a los servicios: 1) tratamiento de enfermedades comunes; 2) provisión de servicios de maternidad; 3) tratamiento de accidentes; 4) subvenciones por incapacidad vejez y sobrevivencia; y 5) servicios pediátricos.

El IGSS se financia por las contribuciones de los empleados, los patronos y el estado. Los servicios de salud son cubiertos a través del 7% de sobrecargo de los salarios, que es pagado por los patronos, el 3% sobre el salario pagado por los empleados y 3% de contribuciones del estado.

El IGSS mantiene 21 hospitales (10 son propios y 11 alquilados), ocho departamentos de consulta externa (tres de los cuales son alquilados) y 23 puestos de atención primaria (tres son alquilados). De acuerdo al Análisis Institucional hecho por OPS en 1984 sobre las instalaciones institucionales, dos de los hospitales localizados en la Ciudad de Guatemala, el de Accidentes y el de Obstetricia y Maternidad, tienen graves deficiencias en su estructura física. El informe hace notar que más de la mitad de los hospitales que opera el IGSS están en edificios alquilados y reacondicionados.

Mientras que más de la mitad de las camas hospitalarias del sistema están ubicadas en el departamento de Guatemala, esto corresponde al porcentaje de población asegurada que

---

5 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, parte del **"Análisis Institucional del Sector Salud en Guatemala"**, OPS, Guatemala, Marzo 1984.

vive en la capital. A través de todo el sistema, el IGSS tiene 2.5 camas por 1,000 habitantes de la población elegible.[6]

2.4.2 PROGRAMAS

2.4.2.1 Accidentes

El programa de accidentes es el más antiguo del sistema y proporciona beneficios completos por la incapacidad temporal relacionada a accidentes, incluyendo servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios, además de cualquier aparato ortopédico que se necesite para asegurar la recuperación. Además, este programa proporciona indemnización salarial proporcional al salario del individuo.

Por incapacidad permanente, ya sea parcial o total, se hace una determinación real de las necesidades y se establece un programa de beneficios por incapacidad. En caso de muerte, el cónyuge o los hijos dependientes reciben una cantidad suficiente para cubrir los gastos funerarios y una pensión que es determinada como seguro.

El número de accidentes cubiertos por el sistema de seguridad social ha permanecido relativamente constante desde principios de los años setenta. Para la mayoría de años, el número osciló entre 130,000 y 145,000, de los 127,290 accidentes reportados para 1985, 81,495 fueron relacionados con el trabajo. El porcentaje de accidentes relacionados con el trabajo y de accidentes fuera del trabajo ha permanecido razonablemente constante para este período, siendo aproximadamente dos tercios de los accidentes los que ocurren en el trabajo.[7]

De algún interés es el número de accidentes relacionados con la aplicación de insecticidas. En 1984, por ejemplo, hubo 636 individuos afectados, de los cuales 34 sufrieron consecuencias severas y cinco murieron. El número de intoxicaciones por insecticidas alcanzó un pico en 1980, con 1,160 casos, después de ese tiempo se ha mantenido bajo el número.

En un intento de prevenir accidentes, el IGSS patrocinó 2,574 reuniones en los lugares de trabajo durante 1984, las cuales fueron atendidas por 61,382 personas. Además, se hicieron 5,465 inspecciones de los lugares de trabajo y se realizaron 615 investigaciones de accidentes.[8]

De acuerdo al Director del IGSS, el sistema está dependiendo más en la prevención como una forma de disminuir tanto enfermedad como daños.[9] Todavía no está claro la definición de ésto en términos de programas y presupuesto.

---

6 Op. cit., Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, parte del **"Análisis Institucional del Sector Salud en Guatemala"**, OPS, Guatemala, Marzo 1984.

7 Ibid. IGSS: 1985 Informe Anual.

8 Ibid. IGSS: 1984 Informe Anual.

9 Entrevista con el Dr. Roberto Rodríguez Montoya, Director General, IGSS, Septiembre 5, 1986.

2.4.2.2 Programa de Enfermedades

El programa de enfermedades del sistema de seguridad social cubre todos los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios para la población cubierta, sus cónyuges y niños menores de cinco años. Este programa como el de salud materno-infantil sólo cubre nueve de los 22 departamentos de Guatemala.

A pesar del hecho que ha habido una disminución en el número de afiliados l IGSS desde 1980, el número de consultas en el programa de enfermedad ha aumentado. Es s, ha habido un aumento continuo y progresivo en las consultas desde 1978, aumentando desde 620,541 en ese año hasta 897,672 en 1984. En 1985 hubo 867,330 consultas lo que representó la primera disminución en las cifras desde 1978.

En 1985 hubo 15,149 hospitalizaciones en los hospitales del seguro, 9,642 de las cuales fueron para adultos y 5,507 para niños. Estas se distribuyeron entre los diferentes hospitales que opera el IGSS en todo el país, con la gran mayoría siendo atendida en el Hospital General de Guatemala. El promedio de permanencia fue de 8.4 días. A pesar del la disminución de afiliados en el sistema, las cifras de hospitalización han aumentado de 2% a 3% por año. Se estima que sólo un poco más del 60% de demanda potencial de los afiliados al sistema se está cubriendo por éste.[10]

Se reconoce popularmente que el sistema de seguridad social tiene el sistema más desarrollado de especialidades del país. En 1985, por ejemplo, hubo 183,199 consultas por especialidades, las que se distribuyeron ampliamente entre las 27 especialidades. De éstas, oftalmología, dermatología, otorrinolaringología y cardiología dieron más de 10,000 consultas cada una durante el año.[11]

Las actividades preventivas dentro del IGSS han sido principalmente las que se esperarían de una institución dedicada principalmente a la atención terapéutica. Los esfuerzos para el control de epidemias de varias enfermedades dentro de las instalaciones del IGSS y los contactos han sido continuados afuera de los hospitales para enfermedades como fiebre tifoidea y leptospirosis. Adicionalmente se ha usado el radio y programas educativos a pequeños grupos para proporcionar mensajes preventivos a la población meta.

2.4.2.3 Salud Materno-Infantil

En nueve departamentos el IGSS proporciona servicios completos para las mujeres embarazadas, incluyendo atención del parto y control post-natal. Los servicios están disponibles para el cónyuge o "compañera" del afiliado. También hay una compensación monetaria que se paga en el período inmediato antes y después del parto. También se proporciona ayuda durante el período de lactancia. Si hay complicación en el parto, se proporciona atención como si fuera enfermedad común.

---

10 Op. cit., Solórzano, Jaime: **Características de Organización de la Atención Médica en Guatemala**, Enero, 1985.
11 Op. cit., IGSS: Informe Anual, 1984.

Reflejando el bajo nivel de cobertura del IGSS, sólo 5% a 6% de los partos del país son atendidos por el sistema de salud del IGSS.[12]

El sistema de seguridad social ha operado una "escuela para madres" desde 1970. El propósito es proporcionar educación en salud preventiva y evitar las complicaciones del embarazo y en la crianza de niños. En 1984, se registraron 136,000 reuniones de este programa en todo el sistema.[13]

2.4.3 LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las limitaciones centrales del IGSS son inherentes a sus funciones tradicionales. Sus servicios de salud son casi totalmente curativos, proporciona servicios relacionados con atención hospitalaria de alto costo a una porción muy pequeña de la población y duplica los servicios que también son proporcionados por el MSPAS.

Los esfuerzos para atender estas limitaciones no han producido cambios significativos. Aunque hay algunas actividades preventivas que se promueven dentro de los programas de accidentes y maternidad, estas actividades se mantienen marginadas por los programas curativos más importantes. La lenta ampliación de su cobertura en los últimos cuarenta años no ha alcanzado una cobertura mayor del 10%, uno de los porcentajes más bajos en América Latina. Aún la cobertura geográfica está limitada, sólo nueve departamentos tienen cobertura total. Los esfuerzos por coordinar las actividades con el MSPAS y disminuir la duplicidad de servicios generalmente no han llegado a nada.

RECOMENDACIONES

1. El IGSS debe darle prioridad a la ampliación de su cobertura a una mayor proporción de la fuerza de trabajo. AID debe ayudar apoyando estudios de factibilidad para establecer un sistema más completo.

2. El IGSS debe darle prioridad a la ampliación y mejoramiento de sus programas preventivos. AID debe ayudar apoyando estudios de factibilidad para estos programas.

2.5 ORGANIZACIONES NO-GUBERNAMENTALES

2.5.1 RESUMEN

Las organizaciones no-gubernamentales (ONGs) han hecho contribuciones significativas al sector salud de Guatemala durante muchos años. Muchos esfuerzos individuales,

---

12 Solórzano, Jaime: **Características de Organización de la Atención Médica en Guatemala**, Enero, 1985.
13 IGSS: 1985 Informe Anual.

como la clínica innovadora del Dr. Behrhorst y su programa de extensión comunitaria en Chimaltenango, programas religiosos como los sistemas de salud Maryknoll en Huehuetenango, han tenido una larga historia en Guatemala. El número de ONGs aumentó significativamente después del terremoto de 1976 y proporcionaron un complemento necesario a los interrumpidos servicios de salud. Muchas se quedaron en el país durante la década de los años setenta, pero muchas se vieron forzadas a abandonar el país o disminuir sus actividades durante la represión de los años ochenta. Hasta hace poco que la situación en las áreas rurales, donde operan la mayoría de ONGs, se ha vuelto lo suficientemente estable para que muchas de ellas regresen.

Actualmente, existe una lista oficial de las ONGs activas que la publica el MSPAS. Cada organización que trabaja en el país debe registrarse en el Ministerio si tiene un componente de salud. La lista incluye 309 diferentes organizaciones, tanto nacionales como extranjeras. La lista incluye las instalaciones separadas de las mismas organizaciones y por lo tanto infla el número real de las organizaciones del país. ASINDES, una organización "coordinadora" tiene un listado de 179 diferentes ONGs, incluyendo la Liga Nacional contra el Cáncer, La Liga Guatemalteca de Salud Mental, así como organizaciones con sede en Estados Unidos, como Alcohólicos Anónimos, Foster Parents Plan y Habitat for Humanity.

Varias ONGs guatemaltecas importantes son: el Instituto Rodolfo Robles, que tiene fama internacional por su trabajo con los ciegos, Fundabien Minusválidos, Fundación Pediátrica, el Instituto Dermatológico, y varios programas de las universidades privadas Francisco Marroquín y Rafael Landívar, que tienen proyectos en las áreas urbanas marginales, y la Cruz Roja.

Como en muchos otros países, las ONGs en Guatemala tienden a funcionar por sí solas con poca colaboración evidente. En 1979 se hizo un esfuerzo por mejorar esta situación, lo que resultó en la formación de ASINDES en 1981. Su propósito inicial era de unir a las ONGs para su mutua defensa, en vista de la violencia que existía en el país. El propósito ha evolucionado para establecer una organización que proporcione un mecanismo de coordinación para todas las ONGs que funcionan en Guatemala.

Actualmente, ASINDES sólo tiene 27 afiliados incluyendo Visión Mundial, Christian Children's Fund, el Comité Central Menonita, el Ejército de Salvación, la Fundación Behrhorst y la Fundación del Centavo. AID ha apoyado a ASINDES con una donación de un millón de dólares a través de PACT, (un grupo dedicado a promover la coordinación de ONGs en varios países). Aún así, su limitación en el número de miembros y la renuencia general de las ONGs de dejar mucha de su autonomía, no ha permitido que ASINDES estimule significativamente la unidad o la coordinación en este sector. Con mayor financiamiento y fortalecimiento institucional puede ser posible formar la coordinación de las ONGs y dirigir la asistencia del extranjero hacia este sector, sin embargo, en el momento no puede lograr estar función.

Las ONGs reciben su financiamiento de una variedad de fuentes, incluyendo donaciones individuales, fundaciones, organizaciones religiosas y donantes internacionales. Durante muchos años, AID ha patrocinado actividades de ONGs, siendo la más grande los programas de alimentos PL-480 administrados por CARE. AID también ha proporcionado la mayoría del financiamiento operacional para ONGs en planificación familiar como APROFAM, AGES e IPROFASA. Algunos otros pequeños proyectos de atención primaria en salud se han fundado a

través de Project Hope y de la organización guatemalteca para agua potable y saneamiento ambiental, Agua del Pueblo.

2.5.2 LIMITACIONES

Las ONGs proporcionan un complemento importante al sistema de salud pública para las familias de bajos ingresos de las áreas rurales y urbano marginales. Probablemente son las organizaciones del sector privado que puedan proporcionar una alternativa para proyectos de AID en este sector que estén dirigidos a estas poblaciones. Otros servicios del sector privado tienden a no servir a la población más pobre que es la que más necesita los servicios de salud.

Sin embargo, existen deficiencias que limitan la habilidad de las ONGs de asumir un papel más grande en la implementación de proyectos financiados por donantes. Como se discutirá en la sección 5.3, las ONGs en planificación familiar ya son dependientes del financiamiento de AID y no es probable que puedan continuar sin él. Aunque APROFAM y AGES hayan sido más eficientes en proporcionar programas de planificación familiar y educación sexual que el sector público, sus programas se han limitado a áreas urbanas, y no ha sido sino hasta recientemente que han empezado a penetrar a las áreas rurales donde las tasas de usuarios son más bajas. Está claro que estos programas deben continuar siendo apoyados, sin embargo, no deben ser vistos como una alternativa exclusiva a los programas del sector público y AID debe continuar siguiendo las dos opciones.

CARE ha recibido financiamiento de PL-480 y de productos para sus programas de alimentos y es probable que continúe administrando este programa con apoyo y cooperación del gobierno guatemalteco. Este proyecto incluye programas materno-infantil y de alimentos por trabajo. Sin embargo, este programa no ha sido evaluado por AID. Debe iniciarse una evaluación del proyecto para determinar su efectividad y proporcionar recomendaciones para el futuro.

Otras ONGs que han recibido financiamiento de AID han sido pequeños proyectos de atención primaria en salud administrados por Project Hope y proyectos de agua potable y saneamiento ambiental administrados por CARE y Agua del Pueblo. Ambos proyectos han sido efectivos y el financiamiento para estas ONGs podría continuar proporcionando beneficios de salud. Con estudios de factibilidad adecuados, otras ONGs podrían ser identificadas para proyectos de tipo similar.

Desde el punto de vista del patrocinio de AID, un problema central con los programas de las ONGs es la dirección de los proyectos. Para ampliar significativamente el apoyo de AID hacia ONGs se requeriría ya sea: 1) una ampliación más grande de personal de proyectos de AID para que dirija una serie de pequeños proyectos que involucren a una variedad de organizaciones que normalmente no tienen estructuras administrativas bien desarrolladas ni personal con experiencia; ó 2) la identificación de y apoyo para una ONG que coordine, que pueda revisar las propuestas, monitorear la implementación y evaluar los resultados de los proyectos de las ONGs; ó 3) la identificación de una o dos organizaciones importantes de servicios de salud y de agua potable y saneamiento ambiental para que reciban financiamiento importante para proyectos, como lo hace APROFAM en planificación familiar y CARE en programas de alimentos.

Ninguna de estas opciones parece ser viable en el futuro próximo. No es probable que la misión USAID reciba financiamiento para aumentar significativamente su personal para dirigir muchos proyectos de pequeña escala. La única organización que actualmente podría ser la coordinadora a través de la cual AID podría financiar varias ONGs es ASINDES, que aún no es lo suficientemente fuerte para proporcionar apoyo administrativo, gerencial y técnico a un número grande de ONGs. AID debe evitar canalizar grandes sumas a través de organizaciones que no son lo suficientemente grandes para administrar estos fondos. Además de necesitar apoyo para el desarrollo administrativo de estas organizaciones, tal estrategia crea una dependencia en fondos de AID lo que pone en duda la continuidad de los proyectos y de las instituciones mismas. Es claro que APROFAM y CARE no podrían continuar proporcionando servicios en Guatemala sin el financiamiento que reciben de AID.

2.5.3 OTRAS ACTIVIDADES DEL SECTOR PRIVADO

2.5.3.1 Organización de Médicos

Los médicos están organizados en el Colegio Guatemalteco de Médicos y Cirujanos. La membresía es un prerequisito para la práctica de la medicina. El colegio reconoce 32 especialidades a través de una serie de "asociaciones" subsidiarias. En general, la membresía a una asociación de especialistas viene sólo a través de la práctica; existen exámenes para calificar sólo en pediatría y radiología.

De acuerdo a León Arango Portillo, Presidente del Colegio, existen aproximadamente 5,000 médicos activos en el país. De éstos, 1,000 son especialistas, mientras que el resto son médicos generales. La ciudad capital tiene un cuarto de la población del país y 80% de los médicos generales y 90% de los médicos especialistas.

El Colegio es independiente del gobierno, así como los otros 11 colegios profesionales (ingenieros, contadores, arquitectos, etc.) que actúan como sindicatos . Tienen representación en el Consejo Superior Universitario, el Instituto de Seguridad Social (IGSS) y el Ministerio de Salud.

El Colegio cobra cuotas a sus miembros y utiliza sus ingresos para gastos administrativos, seminarios de educación médica continuada y seguros de salud. Mantiene una junta disciplinaria para encargarse de las demandas por mala práctica.

El Colegio de Médicos no parece ser un vehículo adecuado para manejar fondos para proyectos de AID.

2.5.3.2 Organizaciones de Servicios de Salud Pre-pagados

Dos organizaciones de servicios de salud pre-pagados proporcionan una alternativa significativa a los servicios de salud pública y la atención privada. Sirve al segmento relativamente sano y económicamente bien de la población urbana y, por lo tanto, no son adecuados para recibir financiamiento de AID.

Salud Total. Es el programa más caro y más completo, es propiedad de una organización de servicios de salud pre-pagados. Sus operaciones se limitan a la ciudad capital y se centran alrededor del Hospital Herrera Llerandi, que es privado. Fue fundado en enero de 1984 y ha crecido hasta tener 4,000 afiliados.

Una familia de dos adultos y tres niños pagan una prima anual de 950 quetzales. Como todos los planes pre-pagados, hay ciertas exclusiones, las más importantes son la atención odontológica, abortos voluntarios, cirugía de alta técnica (transplantes de órganos, cirugía de corazón abierto) y esterilización voluntaria. Las condiciones de enfermedad pre-existentes no son cubiertas por el plan.

Además de las ventas a las familias, Salud Total busca grupos para afiliación, sin embargo, los miembros de los grupos entran bajo las mismas condiciones y restricciones que se aplican a las familias individuales. Por lo tanto, algunos miembros de los grupos pueden ser y son rechazados por el programa.

Los afiliados escogen a sus médicos de una lista de médicos que son empleados por el plan. Los médicos son pagados con un salario mensual como personal de planta con una norma de cinco consultas por hora, o en base a las consultas por paciente en consulta externa.

El plan es vendido por agentes de seguros que también venden otras pólizas de seguros. Tienen una comisión de 15 porciento sobre ventas.

La Médica Guatemalteca. Mientras que Salud Total tiene una cobertura amplia, pocos pagos adicionales por servicios y es caro, La Médica Guatemalteca tiene menor cobertura, pagos adicionales para la mayoría de sus servicios y es más barato. Asociada con un hospital de 40 camas, cuya entrada principal se encuentra en una de las calles más transitadas del centro de Guatemala, la mayoría de las instalaciones físicas de La Médica tienen un gran contraste en comparación con las que ofrece Salud Total.

La Médica fue fundada en 1967 y es el pionero de los servicios de salud pre-pagados. Busca como afiliados a individuos y grupos. En 1986 tenía 10,000 afiliados individuales y 16 companias con sus empleados. Como una compañía privada, tiene 51 accionistas, la mayoría de los cuales son médicos. La mayoría de acciones están en manos de guatemaltecos que no son médicos.

El mercadeo de la compañía está a cargo de 15 vendedores que venden exclusivamente el plan de servicios pre-pagados. Reciben un curso de capacitación que tiene una duración de cuatro horas diarias durante un mes y medio. Como comisión reciben el pago inicial del nuevo miembro y 40% de los pagos subsecuentes.

Como otros planes, La Médica busca afiliados sanos. No cubre condiciones pre-existentes e impone un período de espera de un año después de la inscripción inicial antes de cubrir cirugía menor. La cirugía mayor es cubierta después de dos años de membresía. Al mismo tiempo, no hay edad límite para ser miembro.

La compañía utiliza tres clases de médicos. Cuatro residentes a tiempo completo que se encargan de las consultas en las oficinas de La Médica. Los residentes trabajan por un salario fijo. Los médicos generales también trabajan en las oficinas a medio tiempo, son pagados por hora y se espera que atiendan cinco o seis consultas por hora. Una tercera clase de médicos son los especialistas de afuera, atienden los casos especiales por referencia. Ellos hacen un descuento de más del 50 porciento de sus honorarios en base al volumen de referencias hechas por La Médica.

2.5.3.3 Servicios Proporcionados por el Patrono

2.5.3.3.1 Programas de Empresas Particulares

La información sobre los programas de salud de empresas privadas comerciales, industriales y agrícolas está disponible sólo si se investiga cada una de las empresas. El gobierno no autoriza ni guarda registro de estos programas. Esta evaluación pudo obtener información de tres de las empresas guatemaltecas más grandes, la Cervecería Centro Americana, Pepsi-Cola, e Ingenio Pantaleón. No es probable que sean representativos del sector privado, quien generalmente no proporciona este servicio.

Tanto la Cervecería como Pepsi-Cola proporcionan el servicio de una clínica para los trabajadores de las plantas, sus cónyuges y niños menores de 18 años. (La Pepsi limita la cobertura a niños mayores de dos años y menores de 18). Cada empresa cubre aproximadamente a 5,000 personas. Las empresas contratan médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería, odontólogos, trabajadores sociales y técnicos de laboratorio para atender sus clínicas, laboratorios y farmacias. Con excepción de unos pocos programas de educación en salud, la mayoría de los servicios que proporcionan son curativos. Las medicinas generalmente se dan sin costo alguno. Si se necesitan servicios adicionales a los que proporciona la clínica, la empresa decide si los financia. La Pepsi empezó esté programa con ayuda de OPS en 1984. El cálculo hecho por la Pepsi por los salarios de los proveedores de salud es de Q 134,000 anuales.

El programa ofrecido por el Ingenio Pantaleón es un programa integrado de salud, educación, vivienda y nutrición que fue desarrollado hace ocho años como respuesta a los conflictos laborales de la empresa. El programa sirve a 2,300 familias y requiere de participación comunitaria.[14]

Estos programas de base empresarial podrían recibir apoyo de AID para fortalecer sus programas preventivos y otras empresas podrían ser estimuladas para que adopten modelos similares a través de estudios de factibilidad proporcionados por proyectos financiados por AID como el programa de Información Técnica sobre Población para el Sector Privado (TIPPS). Este programa está diseñado para motivar y facilitar las inversiones de compañías privadas lucrativas en planificación familiar y otros servicios de salud materno-infantil para sus empleados y dependientes. Sin embargo, como el IGSS y otros programas del sector privado, estos servicios tienden a servir al sector de trabajadores que regularmente están empleados.

---

[14] Ver estudio del proyecto SUNY-Stony Brook.

2.5.3.3.2 Servicios de Salud Proporcionados por Empresas Agrícolas en la Costa Sur

Dos sistemas de servicios de salud privados son apoyados por los propietarios de varias empresas: Agrosalud y el programa de salud de ANACAFE de la asociación de productores de café. Estos programas están siendo actualmente evaluados por un estudio de AID sobre los servicios del sector privado para los trabajadores agrícolas de la costa sur. Estos trabajadores tienen estándares bajos de vida, bajos niveles de salud y acceso limitado a los servicios del MSPAS y del IGSS. Muchos de los trabajadores son inmigrantes de las comunidades del altiplano.

Agrosalud. Fundado en 1978 por un sacerdote Maryknoll, sirve a los trabajadores guatemaltecos de las fincas. Como una empresa privada, está organizada en base no-lucrativa, laica y apolítica.

El programa tiene una variedad de servicios curativos y preventivos. Entre otros, incluyen vacunación, desparasitación, planificación familiar, agua potable y letrinización, control de tuberculosis, un programa de oncocercosis, venta de medicinas genéricas, rehidratación oral, prevención de anemia, alimentación complementaria, odontología pediátrica y control de malaria.

Los dueños de las fincas compran el servicio de Agrosalud para sus empleados. El propietario de la finca paga una cuota de Q2,000 para ser miembro. A cambio, se capacitan a dos promotores de salud para que trabajen en la finca, se establece una clínica y se compran medicinas (por las cuales hay una cuota de Q700) y se obtiene el equipo. Existen cuotas mensuales fijas que oscilan desde Q275 para las fincas con menos de 500 habitantes hasta Q425 para fincas con más de 500. Agrosalud vende las medicinas al costo a los trabajadores y establece un fondo rotativo para que el inventario inicial de medicinas pueda ser renovado.

El personal de la organización consiste de un coordinador, un farmacéutico, una secretaria y cuatro supervisores de campo. Los supervisores han tenido capacitación como Técnicos en Salud Rural, viven en el campo y pasan uno o dos días a la semana en cada finca.

Los promotores de salud que trabajan para Agrosalud están empleados a tiempo completo y reciben un sueldo de Q120 a Q200 al mes. El programa los selecciona de las comunidades locales y espera que mantengan buenas relaciones con los trabajadores de las fincas. Deben hablar la lengua predominante del grupo con que trabajan. También se espera que pasen un tiempo en las viviendas de las personas, en lugar de permanecer en las oficinas.

Los promotores son capacitados por la Fundación Behrhorst en Chimaltenango. Hacen amplio uso del libro, *Donde no hay Doctor*. El programa de capacitación inicial dura seis semanas, con un curso de seguimiento de dos semanas cada año. Se da énfasis a la educación en salud en este programa. Los promotores de salud también ayudan a los trabajadores de las fincas a obtener agua potable, instalar letrinas y mejorar la higiene en general. Son responsables por vacunar y dar atención a los problemas menores de salud, incluyendo suturas cuando es necesario.

Agrosalud también está involucrado en desarrollo de proyectos de agua potable. El propietario de la finca decide que tipo de proyecto se va a realizar. Los proyectos pueden variar

desde pilas comunitarias hasta agua intradomiciliar. Como con las letrinas, el propietario paga por los materiales mientras que los trabajadores beneficiados proporcionan la mano de obra.

ANACAFE. El segundo grupo de servicios patrocinados por los patronos fue establecido recientemente por la asociación de productores de café, ANACAFE. Se inició en 1986 por la asociación regional en la costa sur, este programa tiene actualmente cuatro centros de salud operando y planifica tener doce en operación en las regiones cafetaleras en Septiembre de 1988. Calculan una cobertura total de 50,000 personas. Los centros de salud deberán proporcionar atención curativa para los trabajadores de las fincas de café de los miembros de ANACAFE, muchos de los cuales son pequeñas fincas. ANACAFE proporciona tres cuartas partes del financiamiento y las asociaciones regionales o las cooperativas de café proporcionan el resto.

Siendo un esfuerzo por mejorar la imagen pública de los productores de café, el programa tiene algunos inconvenientes. No está claro cuánto tiempo la Asociación va a mantener el programa después de que hayan pasado los cinco años de compromiso inicial. La estructura administrativa es débil. Finalmente, es un programa enteramente curativo.

2.5.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Existen varios programas en el sector privado que complementan los servicios de salud pública. Estos programas incluyen los médicos particulares, clínicas, hospitales, servicios de salud pre-pagados, organizaciones no-gubernamentales y varios programas apoyados por los patronos. Aunque ninguno de estos programas podría reemplazar los servicios públicos como proveedores importantes de salud para las familias de escasos recursos, algunos ameritan consideración para recibir apoyo de AID.

Las ONGs proporcionan los tipos de servicios más adecuados, haciendo énfasis en la atención primaria en salud, nutrición, agua potable y saneamiento ambiental, planificación familiar y cubren a la población con menor acceso y mayor necesidad de los servicios. AID ya está proporcionando financiamiento importante para ONGs que tienen programas de planificación familiar y de alimentos: APROFAM, AGES, IPROFASA y CARE. También ha proporcionado financiamiento para pequeños programas de atención primaria del Proyecto Hope, y para programas de agua potable y saneamiento ambiental de CARE y Agua del Pueblo.

El potencial de que AID amplíe programas de atención de salud a través de ONGs está limitado por la falta de ONGs con suficiente importancia para asumir una responsabilidad más grande en programas de mayor escala y por la falta de una organización que pueda proporcionar un mecanismo para administrar los fondos de muchos proyectos de pequeña escala. Actualmente, AID no tiene suficiente personal para dirigir un número grande de proyectos de pequeña escala.

Otros programas de salud del sector privado que podrían recibir financiamiento de AID incluyen los programas experimentales patrocinados por los patronos. Los proyectos como Agrosalud y ANACAFE que sirven a la población de bajos ingresos deberían recibir apoyo para fortalecer y ampliar sus modelos. En especial, deberían ser estimulados para que mejoren los componentes preventivos de sus programas. AID podría también proporcionar asistencia a los programas de empresas particulares a través del programa TIPPS.

RECOMENDACIONES

1. AID debe continuar proporcionando financiamiento para las ONGs que están administrando actualmente proyectos de AID, en especial los programas de planificación familiar y ayuda alimentaria. Debe administrar un pequeña cantidad de proyectos adicionales.

2. AID debe financiar un estudio de las ONGs y de ASINDES para evaluar la factibilidad de crear una organización que proporcione la base para la coordinación de ONGs y que administre los proyectos de AID de las ONGs.

3. AID debe continuar evaluando los programas diseñados para servir a los trabajadores agrícolas como Agrosalud y ANACAFE para evaluar la factibilidad de patrocinar los costos iniciales, la ampliación de los componentes preventivos y la promoción de los modelos adecuados para otras asociaciones y organizaciones del sector privado.

4. AID debe estimular al sector privado para que utilice programas de TIPPS para promover programas de planificación familiar y de salud en empresas privadas lucrativas.

3. Financiamiento en Salud

3.1 INGRESOS Y GASTOS DEL SECTOR SALUD EN GENERAL

Los recursos disponibles para financiar el sector público de salud en Guatemala están limitados por el bajo nivel del presupuesto general nacional que representa sólo el 12% del PNB, el más bajo en Centro América.[1] Aunque el presupuesto del MSPAS es consistente con el de los otros países de la región (aproximadamente 8%), el bajo nivel del sector público da como resultado que el MSPAS reciba menos del 1% del PNB.[2] Este bajo nivel de financiamiento dejó al MSPAS con un gasto per cápita de $15 en 1984, una cifra de las más bajas para América Latina.

Otras instituciones del sector público y del sector privado hacen en alguna forma que el MSPAS reciba un presupuesto bajo, estas instituciones tienden a servir a la población con ingresos de nivel medio y alto. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que cubre aproximadamente el 10% de la población, principalmente trabajadores asalariados del área urbana, tiene un presupuesto anual que actualmente es tres cuartas partes del presupuesto de MSPAS, quién es teóricamente responsable de servir al 80% de la población. Las estimaciones del ingreso anual del sector privado, que como el IGSS tiende a servir a las familias de ingreso medio y alto, han excedido recientemente los presupuestos del MSPAS (Cuadro 3.1).

Como lo muestra el Cuadro 3.2, el sector privado representa una proporción creciente de los gastos totales en el sector salud desde 1980. Esta tendencia tiene implicaciones negativas para la provisión de servicios de salud para la mayoría de la población guatemalteca que tiene recursos limitados para comprar la atención de salud privada.

A pesar del incremento en gastos en el sector privado, los gastos totales en salud disminuyeron durante la década de los años ochenta, especialmente después de que el programa de austeridad del gobierno inició en 1982. Para 1985, sólo el 2.3% del PNB se destinaba a salud. Al comparar esta cifra con la de 3.1% del PNB de 1981, esta disminución representa un descenso de 19% de la proporción de gastos e ingresos destinados a salud.

3.2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El MSPAS ha recibido a través de la historia alrededor del 8% del presupuesto nacional. Sin embargo, durante la década de los años ochenta este porcentaje disminuyó cuando el programa de austeridad del gobierno de 1982 no sólo hizo un recorte, en términos nominales, de casi un tercio en los gastos de operación, sino también redujo la proporción del gasto público total de 7.6

---

1 División de Análisis y Planificación Estratégica, OPS, **Estudio Sobre el Financiamiento del Sector Salud de los Países de Centroamérica y Panamá**, Washington, 1986.

2 Banco Mundial, **Guatemala: Revisión del Sector de Población, Nutrición y Salud**, Washington, 1986.

porciento a 6.1 porciento. (Ver Cuadro 3.3) Esto significa, que mientras los gastos públicos estaban disminuyendo, los gastos para salud estaban disminuyéndose más rápidamente. Esta tendencia puede haberse invertido en 1986 con el primer presupuesto del gobierno de Cerezo que planificó incrementos significativos en los gastos en salud, sin embargo los datos reales sobre los gastos no estuvieron disponibles.

Cuando las cifras actuales se ajustan por la inflación, es evidente que el MSPAS ha perdido más a partir de 1982. El nivel real de gasto presupuestado disminuyó casi a la mitad entre 1982 y 1985, y se ha recuperado modestamente en los años posteriores (Cuadro 3.4).

CUADRO 3.1

Guatemala: Gastos en Salud y Producto Nacional Bruto
1979 - 1985
(en millones de quetzales)

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Gastos en salud:							
1. Ministerio de Salud (a)	78.9	114.7	120.8	91.0	85.1	92.1	82.2(b)
2. Instituto Seguridad Social (c)	43.2	53.2	61.8	68.0	56.9	58.3	62.0
3. Otras Instituciones de Salud del Sector Público	9.2 (b)	12.6 (b)	13.7 (b)	13.9	10.7	9.5	9.0
4. Sector Privado	49.3	59.0	67.5	65.6	68.0	73.9	93.6
Total	**180.6**	**239.5**	**263.8**	**238.5**	**220.7**	**233.8**	**246.8**
Producto Nacional Bruto	6903.0	7879.0	8608.0	8728.0	9035.0	9397.0	11023.0
Gasto en salud como % PNB	2.6%	3.0%	3.1%	2.7%	2.4%	2.5%	2.3%

(a) Gastos de operación y de inversión efectuados. No deben confundirse con las cantidades presupuestadas, que son mayores cada año.
(b) Estimaciones.
(c) Sólo gastos en salud. Excluye pago de pensiones e incapacidad.

FUENTE: Ministerio de Salud Pública, "**Análisis Institucional**", 1985; **IGSS, Informes Anuales**; Ministerio de Salud Pública, estudio sin publicar de los gastos en salud del sector privado en 1981; FMI, **Estadísticas Financieras Internacionales.**

blica,
ieras

CUADRO 3.4

Guatemala: Presupuesto del MSPAS, Real y Nominal (Ajustado por Inflación) 1982 - 1987 (en millones de quetzales)

AÑO	Gastos Presupuestados (nominal)	Gastos Ajustados por Inflación en Función de los Precios de 1980
1982	139.4	132.4
1983	101.0	95.1
1984	99.1	88.3
1985	96.7	69.9
1986	131.8	73.2 (a)
1987	217.4	96.6 (a)

(a) Cálculos utilizados, estimaciones de los índices de precios respectivos.

FUENTE: Informes Anuales del MSPAS; FMI, **Estadísticas Financieras Internacionales.**

3.2.1 CAPACIDAD DE ABSORCIÓN

La capacidad de absorción prospectiva de una entidad del gobierno es un tema recurrente en las finanzas de desarrollo. La capacidad de cada organización de absorber los incrementos presupuestarios y gastarlos en forma oportuna y adecuada es limitada.

Una medida imperfecta pero utilizada ampliamente para medir la capacidad de absorción es la cantidad del presupuesto de la organización que realmente se gastó durante un año. En el Cuadro 3.5 se presentan los pocos datos disponibles para poder realizar esta comparación. Se muestra una diferencia para el período de 1979-83 tanto para los gastos de operación como los de inversión. Casi todas las cantidades presupuestadas para gastos de operación fueron gastadas realmente. Al mismo tiempo, en promedio menos de la mitad de las cantidades planificadas para gastos de inversión fueron gastadas en el año para el cual fueron presupuestadas.

CUADRO 3.5

Guatemala: Ministerio de Salud Pública, Capacidad de Gasto, 1979 - 1983 (en millones de quetzales)

	1979	1980	1981	1982	1983
Gastos de Operación					
Presupuesto aprobado	71.4	93.4	109.2	81.9	82.0
Gastos reales	68.5	90.2	104.0	76.4	77.3
Real como % de lo aprobado	96%	97%	95%	93%	94%
Gastos de Inversión					
Presupuesto aprobado	19.7	39.0	40.7	38.8	17.3
Gastos Realies	10.4	24.5	16.8	14.6	7.8
Real como % de lo aprobado	53%	63%	41%	38%	45%
Totales					
Presupuesto aprobado	91.1	132.4	149.9	120.7	99.3
Gastos reales	78.9	11.47	120.8	91.0	85.1
Real como % de lo aprobado	87%	87%	81%	75%	86%

Fuente: MSPAS, "**Análisis Institucional**", Nov. 1985; y estimaciones no publicadas del MSPAS.

Existen algunas razones básicas que explican este patrón de absorción. La mayoría de gastos de operación se destinan al pago de salarios de los trabajadores de salud del MPSAS y, por lo tanto, son relativamente costos fijos. El presupuesto para gastos de inversión puede ser reducido por el MSPAS o el Ministerio de Finanzas como una medida de austeridad. Además, una serie de retrasos en las construcciones pueden disminuir los gastos planificados.

Estas cifras no revelan el problema creciente de absorción para el financiamiento proveniente de donantes. Con el reciente crecimiento rápido de financiamiento proveniente de donantes para proyectos de salud, hay una gran acumulación de fondos de asistencia del extranjero. Guatemala encuentra cada vez más difícil gastar los fondos como se planifican. Parte del problema se debe a los requisitos de que Guatemala proporcione fondos de contraparte, los cuales son escasos. La competencia de muchos donantes por los fondos de contraparte, los bajos niveles presupuestarios del MSPAS y el alto grado de costos fijos en los gastos de operación limitan la flexibilidad financiera para proporcionar fondos de contraparte para todos los proyectos. Otros problemas son la debilidad general de la capacidad administrativa y las prácticas arcaicas de contabilidad y control financiero.

La magnitud del problema se refleja en la reciente reprogramación del préstamo para instalaciones de salud del BID (Cuadro 3.6). Este préstamo se reprogramó debido a que los costos recurrentes del préstamo fueron considerados muy altos. La reprogramación bajó los costos

recurrentes, aunque aún son altos, requiriendo el equivalente a $2½ millones por cada año presupuestario. El documento del proyecto hace la observación que el nuevo gasto requerido es sólo un pequeño porcentaje del presupuesto total del MSPAS y que por lo tanto puede ser fácilmente absorbible. Para mostrar este punto, en 1984 (la fecha de la reformulación), $2½ millones representaban aproximadamente el 4 porciento de los gastos de operación del MSPAS para ese año. Aún así, la cantidad absoluta y la proporción misma no pueden considerarse triviales, considerando las limitaciones fiscales que continúan afectando los gastos del Ministerio.

CUADRO 3.6

Guatemala: Dos Ejemplos de la Relación Entre Capital de Inversión y Gastos Recurrentes Asociados

	Inversión de Capital (en millones)	Gastos Recurrentes Por Año (en millones)	Gastos Recurrentes como % del Capital de Inversión
Ejemplo A (1980)	$68.0	$5.23	7.7 %
Ejemplo B (1984)	$57.3	$2.53	4.4 %

NOTA: **Ejemplo A** fue un proyecto para construir dos hospitales nuevos y reconstruir uno viejo.

Ejemplo B es un proyecto para reconstruir cuatro hospitales viejos, reconstruir y equipar 70 puestos de salud, construir 30 puestos nuevos y tres nuevos puestos peri-urbanos.

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo, **Reformulación del Proyecto de Mejoramiento y Ampliación de los Servicios de Salud**, 1984

Además del préstamo del BID, otros préstamos y han sufrido largas demoras en su desembolso. Este problema amerita un estudio intensivo de parte del MSPAS. AID debe considerar apoyar este estudio y planear estrategias para implementar las recomendaciones del estudio.

Como se mencionó en la Sección 1.3, ha habido una explosión de financiamiento del exterior para el sector salud. Para 1987, la cantidad neta obligada acumulativa alcanza cerca de US$ 240 millones y la diferencia entre la cantidad obligada y los desembolsos se estaba agrandando (Cuadro 1.6). Con los Fondos de Apoyo de Emergencia que se aplicarán al sector salud, es claro que el financiamiento de contraparte del MSPAS será más difícil de mantener en el futuro.

3.2.2 PRESUPUESTOS DE PROGRAMAS

En la mayoría de situaciones, un examen del presupuesto de los programas de una organización muestra sus prioridades internas. EL MSPAS calcula sus gastos utilizando una clasificación sectorial programática. En el Cuadro 3.7 se reproducen los gastos para los años de 1979-84.

CUADRO 3.7

Guatemala: Ministerio de Salud, Gastos de Operación por Programa y Gastos de Inversión, 1979 - 1984 (en millones de quetzales)

	1979		1980		1981		1982		1983		1984	
	Q.	%	Q.	%	Q.	%	Q.	%	Q.	%	Q.	%
Administración	6.6	8.4	17.2	15.0	23.7	19.6	7.6	8.4	8.1	9.5	8.1	8.8
Servicios Técnicos	1.3	1.7	1.9	1.6	2.1	1.8	1.8	2.0	1.6	1.9	1.6	1.7
Salud Ambiental	0.8	1.[illegible]	1.0	0.9	1.0	0.8	0.9	1.0	0.7	0.8	0.7	0.8
Epidemiología	3.6	4.6	4.4	3.8	4.7	3.9	4.3	4.7	3.9	4.6	4.4	4.8
Beneficios para empleados	24.4	30.9	30.5	26.6	31.2	26.4	22.1	24.2	22.2	26.0	23.3	25.2
Atención Médica	29.1	36.8	32.9	28.6	37.9	31.4	37.9	40.8	38.7	45.5	41.2	44.8
Educación en Salud	1.8	2.3	1.5	1.3	1.7	1.4	1.7	1.8	1.4	1.6	1.3	1.4
Otros gastos actuales	0.8	1.0	0.9	0.8	1.0	0.8	0.9	1.0	0.8	0.7	0.8	0.9
Total de Gastos de Operación	68.5	86.8	90.2	78.6	104.0	86.1	76.4	85.9	77.3	91.8	81.4	88.4
Gastos de Inversión	10.4	13.2	24.5	21.4	16.8	13.9	14.6	16.1	7.8	9.2	10.7	11.6
Total de Gastos del MSPAS	**78.9**	**100.0**	**114.7**	**100.0**	**120.8**	**100.0**	**91.0**	**100.0**	**85.1**	**100.0**	**92.1**	**100.0**

Fuente: MSPAS, **Análisis Institucional**, Nov. 1985

Este desglose presupuestario es útil sólo marginalmente para la planificación de programas y el análisis de las prioridades presupuestarias. Los programas del Ministerio generalmente no se separan por actividades, por ejemplo, inmunización, TRO, promoción de salud, ni por área meta, por ejemplo, salud rural, peri-urbana o urbana. Al mismo tiempo, una serie de gastos que representan un cuarto o más del total se agrupan bajo el rubro Beneficios para Empleados. Debido a que éstos no se destinan a ningún programa particular, los costos por programa no pueden ser calculados. De forma similar, los gastos administrativos, servicios técnicos

y, especialmente, los gastos de inversión no se destinan a programas específicos. El MSPAS debe ser apoyado en el desarrollo de un proceso puesupuestario más efectivo que proporcione un mecanismo para planificar y monitorear las actividades de los proyectos.

3.2.2.1 Atención preventiva versus curativa

Varios estudios han intentado determinar el balance relativo de los gastos del MSPAS en programas preventivos y curativos. Debido a que por décadas las prioridades del MSPAS han sido promover atención primaria en salud el porcentaje del presupuesto de salud dedicado a programas de atención primaria en salud se toma como indicación del compromiso real a estas prioridades. Como se menciona en otras secciones de este informe, el MSPAS ha fallado generalmente en demostrar esta prioridad a través de programas de capacitación y de desarrollo de recursos humanos. De igual forma, el balance presupuestario continúa favoreciendo la atención hospitalaria. Más del 80% del presupuesto del MSPAS de destina normalmente a la atención hospitalaria.

Aunque los altos costos de los hospitales y los costos relativamente bajos de la atención primaria hacen improbable que ningún sistema de salud destine igual proporción de su presupuesto a hospitales y a atención primaria, se pueden esperar tendencias de aumentar los gastos en atención primaria después de iniciar un compromiso significativo en estos programas. Un estudio estimó los gastos en estas dos áreas y encontró que en la década de los años setenta la tendencia de gastos favorecía gradualmente la atención primaria y que la cantidad destinada a hospitales disminuyó.[3] (Gráfica 3.1). Sin embargo, como las condiciones económicas del país empeoraron después de 1979, el balance se cambió de nuevo a los gastos hospitalarios. Parece que el cambio hacia el gasto hospitalario sucedió antes de la imposición del programa de austeridad del gobierno en 1982, y por lo tanto los gastos en costos recurrentes del nuevo hospital San Juan de Dios son de esa época. No está claro que el regreso aparente que se ha tenido recientemente hacia la atención primaria sea real y sostenido.

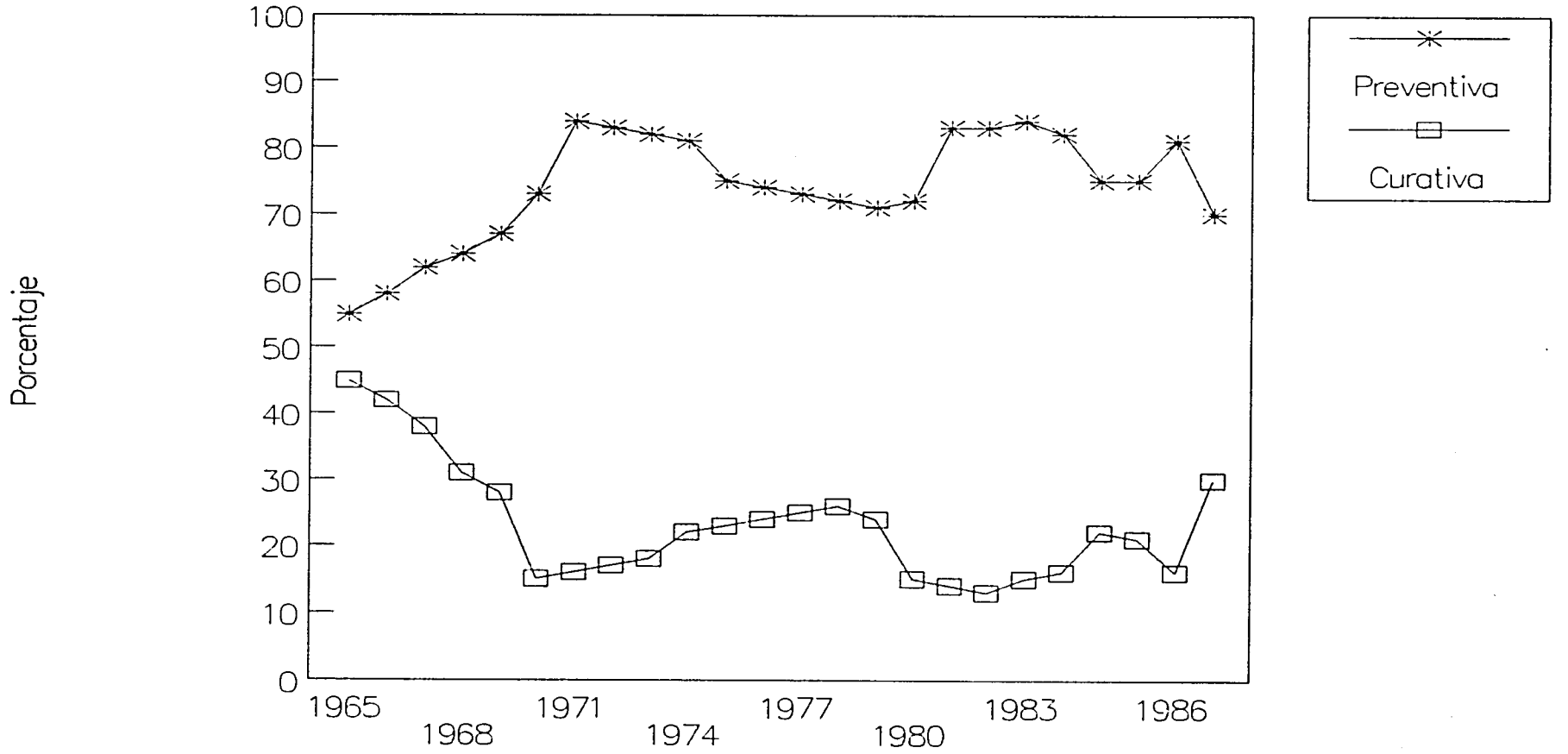
Estas cifras deben ser utilizadas con cautela. Como se mencionó anteriormente, no hay una categorización sistemática presupuestaria que permita la alocación fácil de fondos hacia programas hospitalarios o de atención primaria. Las estimaciones varían dependiendo de las diferentes interpretaciones de las categorías presupuestarias existentes y en diferentes suposiciones utilizadas para disgregar algunas categorías. Además, los cambios en los procedimientos de contabilidad contribuyen frecuentemente a la aparición de una tendencia.

Sin embargo, los datos indican que el MSPAS continúa orientado significativamente hacia la atención curativa y que los avances pequeños hacia atención primaria que se iniciaron en la década de los años setenta fueron invertidos rápidamente en la década de los años ochenta.

---

3 Bossert, et al **Continuidad de los Proyectos de Salud en Guatemala Apoyados por el Gobierno de los Estados Unidos.** AID/Washington. 1987.

Gráfica 3.1 Prioridad Preventiva Vrs. Curativa
Guatemala Ministerio de Salud 1965 - 1987



3.3 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social tiene como objetivo especial los trabajadores empleados del país, tanto públicos como privados, que están trabajando en empresas con más de cinco empleados. Dada la naturaleza de la economía con la base agrícola y el predominio de pequeños patronos, el sistema cubre aproximadamente un tercio de la fuerza laboral y entre el 10 y 15 porciento de la población total. La cobertura parece haber bajado a principios de los años ochenta y aumentar levemente después.

Los programas de salud y pensión del IGSS son financiados a través de las contribuciones obligatorias de los patronos, empleados y por unos pagos de transferencia del gobierno. Al momento, los pagos de estas tres partes son establecidas por ley como una proporción del salario de los empleados de la siguiente forma:

	Empleados	Patrono	Estado
Accidentes, enfermedad y maternidad	7.0%	3.0%	3.0%
Pensiones por vejez e incapacidad	3.0%	1.5%	25.0%

Los pagos del gobierno están atrasados, situación que no es poco común entre los países Centroamericanos y es observada particularmente en épocas de austeridad fiscal. Las estimaciones de la cantidad de deuda inter-agencia varían, algunos de los observadores la calculan en 300 millones de quetzales. Los patronos del sector privado han proporcionado la mayor parte de los ingresos, que aumentaron de un 54 porciento en 1979 a 66 porciento en 1985. (Cuadro 3.8).

Los gastos en salud del Instituto incluyen sólo los beneficios en especie y una porción prorrateada de los gastos administrativos. Estos gastos consumieron cerca de las tres cuartas partes de los gastos totales del Instituto entre 1979 y 1985.

3.4 GASTOS POR CONSUMIDOR

Como en otros países, los gastos en servicios médicos privados están menos documentados en Guatemala que los del sector público. Solo un estudio de los gastos en salud por consumidor existe, y éste se realizó en 1981 por el Ministerio de Salud Pública. Este estudio calculó que los gastos por consumidor en una variedad de categorías de atención en salud del sector privado, por categoría y por tamaño de la familia

No es sorprendente que en 1981 el estudio mostrara la mayor proporción (84 porciento) de los gastos en el sector privado destinada hacia honorarios médicos (en cuatro sub-categorías) y medicinas. El Cuadro 3.9 muestra el desglose detallado de la composición de los gastos en el sector privado.

CUADRO 3.8

Fuentes y Uso de Fondos - Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
1979 - 1985 (en millones de quetzales)

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Fuente de Ingreso:							
1. Contribuciones obligatorias							
a. Patronos sector privado	38.6	42.9	44.9	47.1	45.6	49.2	54.9
b. Empleados	21.3	23.4	24.7	27.3	26.2	27.6	30.0
c. Estado como patrono	7.8	10.3	8.6	7.0	3.9	4.3	2.5
2. Subsidio estatal	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3. Otros ingresos	1.7	2.0	2.4	1.1	1.1	1.5	2.0
Total Ingresos	**71.9**	**78.6**	**80.6**	**82.5**	**76.8**	**82.6**	**83.4**
Gastos							
1. Pagos directos a beneficiarios							
a. Incapacidad temporal	10.0	11.9	13.0	13.6	12.2	11.9	12.5
b. Pensiones sobrevivientes	3.7	3.5	3.6	3.7	6.9	6.9	6.7
c. Incapacidad permanente	0.8	0.7	0.7	0.8	0.9	0.6	0.6
d. Otros pagos	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
2. Gastos en servicios de salud							
a. Servicios personales	21.0	26.5	27.5	32.4	27.5	27.2	28.4
b. Material y equipo	10.5	11.9	18.7	20.2	15.0	15.1	16.5
c. Pagos de transferencias	3.3	4.8	4.7	5.2	4.3	4.3	4.5
d. Otros gastos de operación	3.0	3.6	4.2	5.0	4.6	5.0	5.4
3. Costos administrativos	7.3	8.6	8.8	6.7	7.5	9.3	9.9
Total Gastos	**59.8**	**71.6**	**81.4**	**87.8**	**79.1**	**80.5**	**84.8**

Fuente: IGSS, **Informes Anuales**

CUADRO 3.9

Guatemala: Gastos Médicos en el Sector Privado, 1981

	Gastos (millones de quetzales)	Porcentaje del Total
Consultas Médicas	17.9	26.5%
Cirugías	4.0	5.9
Odontología	4.4	6.5
Otros honorarios médicos	0.2	0.3
Seguro de salud y accidentes	0.2	0.4
Servicios hospitalarios	6.4	9.5
Exámenes laboratorio y Rayos X	1.7	2.5
Otros servicios médicos	1.0	1.4
Medicinas	30.2	44.8
Aparatos ortopédicos	1.5	2.2
Total	**67.5**	**100.0%**
Sub-Total: Honorarios a personal médico	**26.5**	**39.2%**

Fuente: MSPAS, estudio sin publicar sobre gastos médicos en el sector privado, 1983.

Muchos esfuerzos de desarrollo buscan adecuadamente mejorar la situación de los miembros más pobres de la sociedad. La diferencia entre la composición de sus gastos en atención en salud y la de los ricos es ilustrativa. El Cuadro 3.10 se concentra en esta diferencia.

Las familias más pobres, definidas como aquellas con un ingreso anual menor de 1200 quetzales, en 1981, destinaron la mayor parte de sus gastos en salud en medicinas (69 porciento). La alta proporción refleja el hecho que las familias de bajos ingresos tienden a buscar servicios médicos gratuitos del MSPAS, por lo que sus gastos en atención médica son menores que los de las familias más ricas que pueden pagar por esos servicios. Sin embargo, aún en las instalaciones del sector público las medicinas no son gratuitas, o no están disponibles, por lo que deben ser compradas, aumentando la proporción del gasto en medicinas de las familias pobres.

La composición del gasto de las familias más ricas es ilustrativa en una forma similar. El 70 porciento se destina a honorarios médicos, incluyendo proporciones elevadas para atención quirúrgica y odontológica que los pobres consideran en la mayoría de los casos como lujos y no necesidades. Mientras que los ricos gastan "sólo" 3 porciento de su presupuesto total en medicinas, las cantidades absolutas exceden los gastos de los pobres, debido precisamente a las diferencias de los ingresos absolutos de los dos grupos.

CUADRO 3.10

Guatemala: Composición de los Gastos en el Sector Privado para Atención de Salud por Familias más Pobres y más Ricas según el Nivel de Ingreso, 1982

	Porcentaje del Total de Gastos por Familia en Atención de Salud	
	Pobres	**Ricas**
Consulta Médica	20%	26%
Cirugía	1	31
Odontología	1	13
Otros honorarios médicos	1	0
Seguro de salud y accidentes	0	0
Servicios hospitalarios	3	3
Exámenes de laboratorio y Rayos X	0	1
Otros servicios médicos	4	8
Medicinas	69	3
Aparatos ortopédicos	1	15
Total	**100%**	**100%**
Sub-Total: Honorarios a personal médico	**23%**	**70%**

Nota: **Pobres:** Familias con ingreso anual de 0-1200 quetzales en 1981
Ricas: Familias con ingreso anual mayor de 60,000 quetzales.

Fuente: MSPAS, estudio sin publicar sobre gastos médicos en el sector privado, 1983.

Un segundo estudio fue realizado en 1986 por el equipo de la evaluación del sector salud. Este evaluó varios costos para obtener atención médica en una comunidad pequeña cerca de la ciudad de Guatemala. El estudio encontró que los costos por visita a los proveedores de medicina occidental variaba considerablemente. Los costos de las medicinas oscilaban entre Q3.00 y Q15.00 por visita, de transporte entre Q2.00 y Q6.00, y el costo por consulta entre Q6.00 y Q15.00. Los costos totales por visita oscilaban entre Q8.00 y Q59.00. Los proveedores de medicina tradicional cobraban entre Q0.15 y Q3.00 por visita y las medicinas tradicionales oscilaban entre Q0.30 y Q2.00.

3.5 SEGURO PRIVADO DE SALUD

Los patronos del sector privado que buscan complementar los beneficios que sus trabajadores deben recibir del IGSS tienen una variedad de alternativas. Por ejemplo, pueden mantener una pequeña clínica de consulta externa en el lugar de trabajo, con un médico a medio tiempo que llega dos o tres veces por semana que hace "diagnósticos visuales", o sea diagnósticos que no utilizan exámenes de laboratorio ni radiografías. En empresas más grandes, estas clínicas de consulta externa pueden extender sus servicios a dependientes de los trabajadores. Los empleados también pueden comprar cobertura colectiva en cualquiera de los servicios de salud pre-pagados.

Otra alternativa es el seguro de salud. En el momento, los seguros de salud se venden sólo a grupos de diez o más personas. Las ventas de seguros de salud han aumentado rápidamente según un informante cuya oficina principal dobló sus ventas en el último año. Cinco compañías principales, todas con conexiones en los Estados Unidos, venden pólizas de salud a través de agentes independientes que también manejan otras formas de seguros. Actualmente, las pólizas cubren a 17,000 trabajadores y sus familias. La mayoría de los que están cubiertos son empleados de oficinas.

Las primas actuales son aproximadamente el dos porciento de los salarios, lo que es favorable en contraposición con el 13 porciento que cobra el IGSS. Las primas del sector privado para una familia con tres niños es de 420-600 quetzales por año.

Además de los clientes del área urbana, las fincas del área rural han empezado a comprar pólizas de salud de grupo. La cobertura en estas grandes fincas está limitada al personal permanente, los trabajadores migrantes no están incluídos. los clientes típicos incluyen seis grandes plantaciones de azúcar en el sur del país. Estas formas de seguro no están afiliadas al plan de servicios de salud pre-pagados de Agrosalud.

3.6 LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una limitante central para la provisión equitativa de atención de salud en Guatemala es la falta de financiamiento público disponible para el MSPAS. Sin los recursos suficientes para proporcionar los servicios básicos, el MSPAS no puede proporcionar suficientes servicios para cubrir a la población de bajos ingresos que dependen de la atención gratuita o de bajo costo. Actualmente, el otro proveedor de servicios de salud del sector público, el IGSS, y el sector privado sirven principalmente a los grupos de ingreso de nivel medio y alto.

Una limitante importante del nivel de financiamiento del MSPAS es el tamaño relativamente pequeño del presupuesto nacional total, el cual es aproximadamente el 12% del PNB y uno de los más bajos en América Latina. No pareciera que el MSPAS pueda mejorar significativamente sus niveles de financiamiento a menos que se le de al sector público en general una mayor proporción de los recursos nacionales. Dentro de este sector, el MSPAS ha sido tratado tradicionalmente como sus contrapartes en otros países de la región, recibiendo aproximadamente el 8% del presupuesto nacional. En años recientes, este porcentaje ha venido

disminuyendo y ante la inflación creciente de principios de 1980, el poder adquisitivo del MSPAS en términos reales ha disminuído significativamente. Sólo hasta hace poco han habido indicios de que el MSPAS reciba otra vez el nivel histórico de 8% y el presupuesto pueda nuevamente mostrar crecimiento en términos reales.

Durante el período de descenso de la proporción del MSPAS en los gastos totales en salud, la diferencia fue absorbida en los gastos en el sector privado, que sirve principalmente a los grupos de ingreso de nivel medio y alto. Está claro que el cambio en los gastos en salud no tendrán un impacto positivo en el mejoramiento del estado general de salud de la población guatemalteca.

Aunque el MSPAS puede absorber el presupuesto para los gastos de operación a niveles altos, los gastos de inversión no se llevan a cabo en los niveles planificados. Los gastos de operación frecuentemente se atrasan y este problema se ve agravado por el rápido crecimiento de programas de donantes que pone presión en los costos recurrentes y en los requerimientos de financiamiento de contraparte. Muchos préstamos de donantes y aportaciones no están siendo desembolsadas tan rápidamente como fueron programadas. La capacidad del MSPAS de absorber la asistencia del extranjero debe ser evaluada a mayor profundidad y deben tomarse medidas para reducir el actual flujo de asistencia del extranjero o de ampliar su tiempo de duración, o aumentar la capacidad del MSPAS para utilizar el financiamiento en una forma efectiva y oportuna.

Este problema es de especial importancia en vista del reciente hallazgo que los proyectos apoyados por AID que recibieron financiamiento de contraparte con incrementos durante la vida del proyecto tenían mayor oportunidad de tener continuidad después de que el financiamiento del extranjero terminara, en contraposición de los proyectos que no requerían financiamiento nacional hasta el final. Ya que una de las limitantes para el financiamiento de donantes en la actualidad es la falta de financiamiento de contraparte disponible, esta limitación podría limitar la continuidad a largo plazo de los proyectos apoyados por AID.

El sistema presupuestario del MSPAS es inadecuado para la planificación, programación y monitoreo efectivos y no facilita el análisis de las prioridades del MSPAS. Sus categorías no están dirigidas hacia las actividades de los programas específicos o hacia regiones meta. Un sistema presupuestario revisado podría diseñarse para mejorar los sistemas de planificación, programación y administración.

Las estimaciones de los gastos relativos del MSPAS entre la atención hospitalaria y la atención primaria de salud sugieren que la prioridad de gasto está en atención hospitalaria, ya que ésta absorbe el 80% del presupuesto del MSPAS. Aunque hubo una tendencia hacia un aumento de la proporción del presupuesto del MSPAS destinado a la atención primaria en los años de 1970, esta tendencia fue rápidamente invertida en los años de 1980. Actualmente hay algunos indicios que la atención primaria está recibiendo mayor proporción, sin embargo, los hospitales aún reciben una proporción más grande de lo que es adecuado, dado los problemas de salud en el país.

RECOMENDACIONES

1. AID debe utilizar discusión de políticas, estudios y asistencia técnica para estimular al gobierno de guatemala para que aumente su proporción de los ingresos nacionales. AID debe estimular la restauración del tradicional 8 porciento del presupuesto nacional para el MSPAS.

2. AID debe estimular servicios del sector privado para grupos de bajo ingreso. El gastos actual del sector privado no es probable que mejore el estado de salud de la población general sin hacer esfuerzos especiales para llegar a estos grupos.

3. El MSPAS con apoyo financiero y técnico de AID debe estudiar el actual sistema presupuestario para desarrollar e implementar una reforma presupuestaria importante que proporcione una base más efectiva para la planificación, programación y dirección. El desarrollo de este sistema presupuestario debe coordinarse con el desarrollo planificado del sistema gerencial de información.

4. El MSPAS debe empezar a establecer guías presupuestarias para identificar tendencias en el balance de gastos entre los sectores hospitalarios y de atención primaria. El proceso presupuestario debe involucrar señales claras que permitan aumentar recursos disponibles para el sector de atención primaria.

5. AID debe apoyar un estudio de la capacidad de absorción de asistencia del extranjero del MSPAS. Este estudio debe ser diseñado para que proporcione recomendaciones que mejoren la capacidad del MSPAS de utilizar los fondos de una forma oportuna y efectiva y de proporcionar guías para disminuir el flujo actual de financiamiento del extranjero.

6. AID debe continuar pidiéndole al MSPAS que proporcione más financiamiento de contraparte en la vida de los proyectos actuales para estimular su continuidad.

4. Otros Sistemas de Apoyo

4.1 RECURSOS HUMANOS

La parte fundamental del sistema de entrega de servicios de salud son los recursos humanos, las personas que proporcionan los servicios, la capacitación y la educación en salud, motivan a la comunidad y manejan el sistema. En Guatemala hay trabajadores de salud asalariados, con base en las instituciones, tales como las auxiliares de enfermería y los Técnicos en Salud Rural (TSR), así como médicos y administradores que trabajan para el MSPAS, el IGSS u hospitales privados o clínicas, y también existen los trabajadores no-institucionales que son voluntarios, como los promotores, los voluntarios de malaria o que son pagados en base a honorarios por servicios como las comadronas, curanderos tradicionales y los médicos particulares.

Existen tres puntos centrales que se examinarán aquí:

1. La distribución de los recursos humanos por tipo de trabajadores, el nivel institucional y el área geográfica;

2. La adecuación y calidad de la educación y capacitación de los recursos humanos;

3. Los sistemas de supervisión y logística que apoyan a los proveedores de salud.

Debe hacerse notar aquí que un estudio reciente sobre la continuidad de los proyectos de salud en Guatemala apoyados por el gobierno de los Estados Unidos encontró que los proyectos que fortalecían la capacitación de recursos humanos eran continuados con mayor probabilidad por el gobierno guatemalteco que los proyectos que no tenían componentes de capacitación. Las inversiones en el desarrollo de recursos humanos fueron una forma efectiva de dejar algo de valor duradero después de finalizado el proyecto.

4.1.1 TIPOS Y DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN GUATEMALA

Los Cuadros 4.1 y 4.2 presentan un resumen de las categorías de los trabajadores de salud en Guatemala. Los trabajadores institucionales están empleados por el MSPAS, el IGSS y/o trabajan en el sector privado. El Cuadro 4.1 sugiere que la distribución de los trabajadores de salud entre las categorías de trabajadores y entre los sectores público y privado es general. Debido a que la mayoría de médicos que trabajan en el sector público también tienen clínicas particulares, y algunas otras categorías de trabajadores de salud, especialmente las enfermeras, también trabajan en el sector privado, es posible que el sector privado sea más grande de lo que se refleja en el Cuadro 4.1. Los trabajadores de salud institucionales están complementados por un número grande de trabajadores comunitarios de salud, quienes trabajan como voluntarios o se les paga una

mínima cantidad por sus servicios. (Cuadro 4.2). Desde 1970, estos trabajadores han recibido alguna capacitación del MSPAS.

CUADRO 4.1

Recursos Humanos del Sector Salud Clasificados por Categoría
Guatemala, 1984

RECURSOS HUMANOS	SECTOR PUBLICO Ministerio de Salud	IGSS	Subsector Privado	Total
Médicos	1,315	855	3,243	5,413
Odontólogos	118	57	0	175
Ejercicio Profesional Supervisado	419	0	0	419
Enfermeras Graduadas	842	384	0	1,226
Enfermeras Auxiliares	4,807	1,567	0	6,376
Inspectores Saneamiento Ambiental	292	0	0	292
Trabajadoras Sociales	113	0	0	113
Técnicos de Laboratorio	395	141	0	536
Nutricionistas	24	0	0	24
Farmacéuticos	10	0	0	10
Auxiliares de Farmacéuticos	120	0	0	120
Otros [1]	4,952	4,059	0	9,011
TOTAL	13,407	7,065	3,243	23,715

[1] Categorías sin especificar

Fuente: MSPAS, **Necesidades Prioritarias de Salud en Centro América y Panamá, Marco General de Referencia**, Guatemala, Agosto 1985.

CUADRO 4.2

Trabajadores Comunitarios de Salud en Guatemala - 1985

Clasificación de Personal	Número en el Campo
Comadronas Activas	6,695
Promotores de Salud Activos	4,959
Colaboradores de Malaria	5,250
TOTAL	**16,904**

Fuente: MSPAS, **Memoria de Labores, Año 1984.** Guatemala, 1985.

De acuerdo con las normas de la OPS, que están basadas en criterios demográficos sin importar las condiciones económicas y financieras, existe una deficiencia de trabajadores de salud institucionales en todas las categorías. La mayoría de países Centroamericanos tienen insuficientes recursos financieros para mantener las normas de OPS, en especial para médicos. Sin embargo, Guatemala se ha acercado a cumplir las normas para dos tipos de trabajadores de salud: médicos y auxiliares de enfermería. Ambas categorías están dentro del 75% de las normas.[1] Estas cifras reflejan el abastecimiento en exceso de médicos en relación con los recursos financieros del país. También sugieren que las auxiliares de enfermería se están utilizando en los hospitales en lugar de las enfermeras graduadas, quienes son menos del 50% de la norma.

El desequilibrio de los tipos de trabajadores de salud se ve agravado por la distribución inadecuada de los trabajadores en servicios públicos de salud y en los diferentes niveles de organización. Dentro del MSPAS, el 58% del personal de salud se encuentra asignado a hospitales, mientras que sólo el 25% sirven en los centros y puestos de salud y en las posiciones administrativas a nivel del área de salud. Sólo el cinco porciento del personal del MSPAS trabaja en servicios públicos cuyo objetivo primordial es la atención primaria en salud, la prioridad oficial de los programas de salud pública desde los años de 1970.

El Cuadro 4.3 muestra que esta distribución a favor de los hospitales también es reflejada por las categorías de trabajadores de salud, más del 70% de los médicos del MSPAS, 69% de las auxiliares de enfermería y 65% de las enfermeras graduadas trabajan en los hospitales.

El desequilibrio institucional también se ve agravado por la preferencia geográfica hacia la ciudad de Guatemala. Con sólo el 21% de la población nacional, la ciudad de Guatemala tiene el 53% de los recursos humanos del MSPAS y un porcentaje alto del personal del IGSS.[2]

---

1 MSP, Unidad de Recursos Humanos y Educación para la Salud, **Estudio del personal de salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social**, Guatemala, Noviembre, 1986.

2 Op.cit., Análisis Institucional del Sector Salud en Guatemala, IGSS, Guatemala, Marzo, 1984.

En el IGSS, la relación de médicos al servicio de la población en la región Central que incluye a la ciudad de Guatemala, fue de 1.24 en 1984, mientras que la región sur sólo tenía 0.3 médicos por beneficiario del seguro social.

En un país donde una proporción significativa de la población no habla el idioma oficial, el personal del MSPAS está especialmente mal dotado para comunicarse en las lenguas indígenas. Un estudio del MSPAS de su personal en 1984 encontró que sólo el 10% del personal hablaba alguna de las lenguas indígenas además del español. Muchos de estas personas están asignadas a áreas en donde no pueden usar la lengua específica que hablan.

Debido a que los salarios del personal constituyen más del 80% de los presupuestos del MSPAS y del IGSS, los salarios son una consideración importante en la distribución del personal de salud. Los niveles salariales del personal en el sector salud en Guatemala son similares a los salarios de los trabajadores de salud del sector público de los países con bajo ingreso de Centroamérica. Mientras que los ingresos mensuales de los médicos son solamente el doble del ingreso de las enfermeras graduadas y algunas auxiliares, los médicos rara vez trabajan más de cuatro horas en los servicios públicos, aumentando sus ingresos en el sector privado. Es evidente que los médicos cuestan más por hora de servicio que cualquier otro proveedor de salud. Ellos pueden ganar tres veces más que las enfermeras graduadas y seis veces más que las auxiliares de enfermería por hora de contrato.[3] En 1986, los médicos lograron aumento salarial a través de una huelga, y en 1987, los trabajadores del IGSS hicieron una huelga para obtener mejoras salariales. Aunque algunos trabajadores de salud del IGSS y del MSPAS son pagados por contratos o por planilla, más del 86% son empleados fijos.

4.1.2 UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS Y EDUCACIÓN EN SALUD DEL MSPAS

La Unidad de Recursos Humanos y Educación en Salud se relaciona con la capacitación de las enfermeras y otro personal no-médico, la provisión de educación continuada a los profesionales de salud y el establecimiento de normas para todos los profesionales de salud.

La Unidad proporciona capacitación básica a enfermeras graduadas, técnicos de laboratorio, fisoterapistas, inspectores de saneamiento ambiental, auxiliares de enfermería, técnicos de radiología y técnicos en salud rural. La unidad opera nueve centros de capacitación diferentes, incluyendo las Escuelas Nacionales de Enfermería en Guatemala, Quetzaltenango, Cobán, Mazatenango y Jutiapa, la Escuela de Técnicos de Laboratorio, la Escuela de Fisioterapia, la Escuela Nacional para Técnicos de Radiología y el Instituto Nacional de Adiestramiento de Personal de Salud (INDAPS), ubicado en Quiriguá.

4.1.2.1 Programas de capacitación para enfermeras

Las escuelas de enfermería capacitan a enfermeras graduadas y auxiliares en programas diseñados a prepararlas para puestos en hospitales o centros de salud. Las enfermeras

---

3 Banco Mundial, **Guatemala: Revisión del Sector Población, Nutrición y Salud**, Washington, 1986.

reciben un curso de tres años de duración y deben tener el diploma de educación secundaria. Las auxiliares de enfermería deben haber terminado el tercer año básico y reciben el curso de capacitación de un año de duración. Las cuatro escuelas de enfermería preparan aproximadamente 150 enfermeras graduadas y 375 auxiliares de enfermería cada año. Se considera que estos cursos están bien diseñados y proporcionan una preparación básica adecuada al personal de enfermería, aunque se enfatice más la educación clínica que la medicina comunitaria. En los años setenta, el MSPAS experimentó con un programa que capacitaba a auxiliares de enfermería específicamente para puestos en el área rural, para prepararlas mejor hacia las actividades preventivas. Sin embargo, este programa de adiestramiento no evitó que las auxiliares buscaran trabajo en hospitales, para lo cual no tenían ninguna capacitación.

En 1978, el MSPAS empezó un innovador programa de auto-estudio para capacitar a las auxiliares de enfermería en servicio. Este programa trató de cubrir la falta de capacitación formal a este nivel. Al mismo tiempo, más del 70% de las auxiliares de enfermería no habían recibido ninguna capacitación formal. El programa permitía que las auxiliares estudiaran durante una hora cada día de trabajo y la enfermera graduada del distrito supervisaba la capacitación cada mes. Habían siete módulos, incluyendo técnicas y procedimientos básicos de enfermería, salud materno-infantil, atención médica curativa, desarrollo comunitario, educación en salud y administración. En 1985, 572 auxiliares empíricas habían terminado el curso y el MSPAS suspendió el programa. Sin embargo, en respuesta a más de 300 solicitudes, el curso se reanudó el siguiente año.

Además del programa de estudio para auxiliares, la División de Educación Continuada inició en 1985 programas de educación continuada basados en los mismos métodos de auto-instrucción. El programa tiene tres módulos para PAI, planificación familiar y canalización. Se está planificando desarrollar módulos para control de enfermedades diarréicas y estimulación temprana.

Aunque se han logrado grandes mejoras en las habilidades de las enfermeras y auxiliares a través de los cursos formales y los programas de auto-estudio, este recurso humano no ha recibido la prioridad necesaria para fortalecer la primera línea de los proveedores de atención primaria. Aunque los problemas de salud indican que deben hacerse mayores esfuerzos en programas de extensión de supervivencia infantil y planificación familiar que están a cargo de los auxiliares de enfermería en los puestos de salud del área rural, la prioridad de la educación formal para auxiliares de enfermería continúa siendo la preparación para el trabajo en instituciones curativas. La escasez continuada de enfermeras graduadas inhibe la formación y contratación de suficientes enfermeras supervisoras para la amplia red de puestos de salud. Estos problemas deben tratarse con mayores esfuerzos para ampliar la educación de enfermería y proporcionar suficientes recursos a los instrumentos educativos efectivos.

4.1.2.2 Técnicos de salud rural

Uno de los trabajadores de salud más adecuados al tipo de problemas de salud prevalentes en Guatemala es el Técnico de Salud Rural (TSR). Estos trabajadores fueron creados en un programa innovador patrocinado por AID en los años setentas. En 1984 cuando el programa de capacitación fue suspendido, había un total de 659 TSRs capacitados en el programa

de dos años de duración en el INDAPS de Quiriguá. Fueron concebidos como organizadores comunitarios que motivarían y ayudarían a las pequeñas comunidades a participar en el mejoramiento de su salud. Sus tareas más importantes eran ayudar a la creación de comités comunitarios, ayudar a la selección, capacitación y supervisión de promotores de salud rural, iniciar proyectos de agua potable y saneamiento ambiental y a través de la educación en salud organizar la participación comunitaria en los programas de extensión del MSPAS como inmunización y TRO. Fueron asignados comúnmente a puestos y centros de salud, pero su actividad principal era en las comunidades. Una encuesta reciente de los TSRs encontró que la mayoría estaban trabajando en las áreas rurales para las cuales habían sido preparados y que habían sido adiestrados suficientemente para el desempeño de sus tareas.[4]

Sin embargo, la encuesta demostró varias limitaciones de la efectividad de los TSRs. Ellos han experimentado serios problemas en ser aceptados e integrados a la estructura normal del sistema de salud pública en las áreas de salud y en las comunidades. Concebido inicialmente como un trabajador multivalente, les hace falta una definición clara de su papel. En algunos casos sus tareas se traslapan con las del auxiliar de enfermería en lo que es la educación en salud y la supervisión a los promotores de salud, y con las del inspector de saneamiento ambiental en los proyectos de agua potable y saneamiento ambiental. Aunque son supervisados nominalmente por el trabajador social del área, éstos no están capacitados en las áreas en que funcionan los TSRs. Como muchos de los oficiales de salud, los TSRs necesitan apoyo logístico y de transporte para que puedan cumplir con sus tareas. Casi nunca tienen materiales para las actividades de educación en salud y tienen una escasez crónica de repuestos y gasolina para las motocicletas que les fueron asignadas.

Quizás la limitación más severa sobre la efectividad de los TSRs es la falta del MSPAS de proporcionar suficientes puestos a los egresados de la escuela. En la actualidad, se calcula que más de un tercio de los 659 TSRs capacitados están sin empleo. El MSPAS tiene sólo 420 puestos para TSRs y sólo aproximadamente 50 están empleados en el sector privado. Debido a la falta de empleos, el programa de capacitación del INDAPS fue descontinuado en 1984, aunque en la actualidad hay planes de reiniciar la capacitación el próximo año.

Como los auxiliares de enfermería en los puestos de salud, los TSRs en las comunidades rurales son el recurso humano más efectivo del MSPAS para tratar los problemas de salud más importantes del país. Ellos son responsables de la mayoría de actividades de supervivencia infantil y de programas del MSPAS. Sin embargo, su número y sistemas de apoyo son insuficientes para la magnitud de los problemas. Este programa debe ser una prioridad del MSPAS. Deben hacerse mayores esfuerzos para ampliar el programa y proporcionar mayor supervisión y apoyo al TSR. Son un recurso único que no está siendo utilizado efectivamente por el MSPAS. Los recursos y esfuerzos puestos en este programa innovador, en lugar de las instituciones curativas que absorben cantidades significativas del presupuesto nacional de salud tendrían mayor impacto en los niveles y prácticas de salud de las comunidades.

---

[4] Sonia Arita de Massey, **Análisis de Condiciones Actuales del Técnico en Salud Rural**, Guatemala, agosto 1987.

4.1.2.3 Trabajadores de salud no-institucionales

Los programas de capacitación del Ministerio han sido los responsables de actualizar a las comadronas y de la creación de varios voluntarios comunitarios que participan en y movilizan los esfuerzos comunitarios en salud. Como se mencionó anteriormente, estos trabajadores de salud son una parte importante del sistema de salud de Guatemala.

Las comadronas atienden 73.8% de los partos del país. (Cuadro 5.7) Muchas han recibido capacitación en higiene, prácticas del parto y planificación familiar. En 1975, se calculaba que habían por lo menos 16,000 comadronas empíricas en el país, y en 1984, 8,000 habían sido capacitadas por el MSPAS. La capacitación está organizada generalmente a nivel del área de salud y sigue las normas establecidas por las Divisiones de Materno-Infantil. Muchos donantes han apoyado los programas de capacitación de comadronas. UNICEF, en especial ha proporcionado materiales de capacitación, "kits" de comadronas y apoyo financiero para estos programas. AID, a través de los programas de planificación familiar, también ha apoyado la capacitación de comadronas.

Los promotores han sido capacitados en varios programas, incluyendo programas del sector privado como la Clínica Behrhorst y APROFAM, así como la capacitación del MSPAS a través de los auxiliares de enfermería y TSRs. A principios de los años setenta, UNICEF apoyó un programa importante, pero de corta vida, para capacitación de millares de promotores de salud. Los programas específicos apoyados por AID, como SINAPS y PRINAPS, también han tenido componentes especiales de capacitación para promotores y otro personal voluntario. Estos proyectos produjeron manuales y materiales de capacitación que son utilizados en programas de capacitación continuada para promotores. A pesar de estos esfuerzos, los programas de capacitación para voluntarios de salud han sido esporádicos y poco sistemáticos, y los materiales de capacitación han sido siempre escasos.

En general, aunque los programas de capacitación de comadronas han sido efectivos en mejorar a este recurso humano, los programas de capacitación para otros trabajadores no-institucionales no han recibido ni la prioridad ni el apoyo institucional necesario para desarrollar y mantener una red eficiente de voluntarios comunitarios motivados y calificados. Hay problemas de deserción en ambos grupos. De las 8,000 comadronas capacitadas por el MSPAS, sólo 6,695 se consideraban activas en 1984, una disminución de 16.3%. Los promotores tienen una tasa de deserción de 25%. Deben desarrollarse esfuerzos para proporcionar capacitación sistemática, supervisión y apoyo logístico para este trabajador de salud.

4.1.3 FORMACIÓN DE MÉDICOS

Hasta años recientes, toda la capacitación para médicos en Guatemala se llevaba a cabo en la Universidad de San Carlos. Como centro de capacitación para Centro América, la universidad recibo una cantidad generosa del estado (5% del presupuesto nacional por constitucionalidad). Cerca del 85% del apoyo para la universidad proviene del gobierno. A principios de los años setenta, la universidad abrió su política de admisiones, lo que resultó en un aumento masivo en el número de estudiantes. En la actualidad hay más de 4,000 estudiantes. La ampliación en el número de estudiantes no fue seguido de un aumento en el número de clases,

materiales educativos o catedráticos. Parece que la educación médica ha declinado posterior a estas reformas. Sólo en años recientes ha empezado a mejorar la proporción de estudiantes y servicios de la facultad de medicina.

La universidad está gobernada por un Consejo Superior, que está constituído por un director, 10 decanos, 10 estudiantes, 10 catedráticos y 10 representantes de los colegios profesionales, dando un total de 41 miembros votantes. Los estudiantes han ejercido históricamente un poder significativo en la Universidad, tanto a través de sus representantes como a través de las elecciones de los otros oficiales.

La educación médica en la Universidad de San Carlos se hace en cuatro etapas, las primeras tres que son a nivel de pre-grado y la última a nivel de post-grado. Las ciencias de la conducta representan un 20% constante del tiempo curricular en los primeros seis años de nivel de pre-grado, mientras que las ciencias clínicas aumentan de 10% a 70%, las ciencias básicas disminuyen de 70% a 10% en estos seis años. Al principio, el diseño tenía el enfoque hacia los individuos sanos en la primera etapa, los individuos enfermos en la segunda etapa y los individuos en recuperación en la tercera etapa. Ahora, estas áreas de énfasis están integradas en cada etapa. Durante los años setentas, el curriculum se cambió para introducir un mayor énfasis a la medicina comunitaria, prevención y problemas de salud del área rural. Además, se diseño el año final para que incluyera un período de servicio de seis meses en puestos de salud del MSPAS, llamado el programa EPS. Actualmente, estos esfuerzos por reorientar el curriculum y proporcionar capacitación en áreas rurales se han debilitado por el interés tradicional de la facultad de medicina en cursos curativos y en la preparación para la práctica en áreas urbanas.

La facultad de medicina tiene aproximadamente 300 graduados anualmente. (Cuadro 4.5) Esto es una disminución los egresados en períodos anteriores que llegaban a 500. Sin embargo, todavía es más de lo que el país puede mantener financieramente. La sobreproducción de doctores ha resultado en menores salarios en el sector privado, sin embargo, no ha obligado a que los médicos se vayan a las áreas poco servidas ni ha limitado los incrementos salariales en el sector público.

CUADRO 4.5

Médicos Egresados Anualmente
Universidad de San Carlos, Facultad de Medicina

	1980	1981	1982	1983
Número de Médicos	315	433	515	292

Fuente: Evaluación del Sector Salud de Guatemala. Banco Mundial (Informe Preliminar)

Recientemente, una segunda escuela de medicina fue establecida para ofrecer educación médica de calidad, esta escuela privada está asociada a la Universidad Francisco Marroquín y al Hospital Herrera Llerandi. Ochenta porciento de su apoyo proviene de la matrícula y el otro 20% de una fundación que se inició para apoyar a la escuela.

La matrícula es de más de Q2,750 por año para guatemaltecos, con Q500 por año para gastos extras, lo que hace que sólo los guatemaltecos pudientes puedan pagarla, aunque 40% del estudiantado está ayudado por alguna clase de beca. La escuela es pequeña, admite cerca de 50 alumnos por año y se gradúan aproximadamente 35.

El curriculum de la Francisco Marroquín se divide en tres años de ciencias básicas y cuatro de ciencias clínicas. Durante su sexto año, la escuela trabaja con 14 clínicas diferentes que están ubicadas en áreas rurales y que proporcionan adiestramiento clínico. Durante el séptimo año, los estudiantes son llamados internos y hacen su EPS.

4.1.4 OTRAS INSTITUCIONES FORMADORAS

Dos otras instituciones importantes proporcionan capacitación para el sector salud. INCAP, el instituto regional de nutrición, forma nutricionistas y ofrece un programa de maestría en nutrición y ciencias de alimentos. Su programa de licenciatura en nutrición ha sido trasladado recientemente a la Universidad de San Carlos. El INCAP también ofrece varios programas y seminarios para proporcionar educación continuada a personal del MSPAS y otro personal del sector salud, en áreas relacionadas con supervivencia infantil y nutrición.

Además, el personal del MSPAS recibe capacitación en el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Ofrece cursos en administración pública, toma de decisiones y supervisión. Como se mencionó anteriormente, el programa puede ser utilizado en las reformas administrativas importantes del MSPAS, sin embargo, el uso actual del INAP es insuficiente para proporcionar el nivel de mejoría necesaria en habilidades administrativas y de dirección. Será necesaria mayor capacitación profesional en administración pública, tanto en cursos cortos como de educación continuada.

4.1.5 CAPACITACIÓN EN EL EXTRANJERO

Durante muchos años los trabajadores de salud de Guatemala han recibido apoyo del extranjero para becas de capacitación en el extranjero. En los años cincuenta, bajo el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) el gobierno de los Estados Unidos apoyó la capacitación de largo plazo para profesionales en administración de salud, epidemiología e ingeniería sanitaria, los cuales regresaron a posiciones de alto nivel en el MSPAS y otras instituciones de salud pública. Muchos de estos oficiales todavía están contribuyendo en el sector salud.

La OPS ha proporcionado muchas becas para capacitación en el extranjero durante muchos años. La mayoría de estas becas apoyan a oficiales del MSPAS para tomar cursos de

capacitación de corto plazo en las escuelas de salud pública de otros países de América Latina. En 1987, OPS otorgó 41 becas.

4.1.6 ESCUELA PROPUESTA DE SALUD PÚBLICA

Recientemente el MSPAS y la Universidad de San Carlos han acordado crear la base organizacional para la Escuela Nacional de Salud Pública. Esta escuela está diseñada para establecer cooperación y coordinación entre las distintas instituciones que proporcionan capacitación en salud pública y establecer un programa acreditado y sistemático de capacitación e investigación en salud pública, que establecería un curriculum coordinado para todos los trabajadores de salud pública. La Escuela de Salud Pública empezaría el traslado de las escuelas de enfermería a la Universidad de San Carlos. Este acuerdo debe establecer la estructura organizacional formal para unificar los programas de capacitación de las otras escuelas de paraprofesionales, incluyendo el INDAPS. También empezaría el desarrollo de un programa de maestría en salud pública.

4.1.7 RESUMEN Y RECOMENDACIONES

En las últimas dos décadas esfuerzos importantes del gobierno de Guatemala y de los donantes han hecho mejoras significativas en la competencia técnica del personal que trabaja en el sector salud. Estas mejoras incluyen la actualización de los programas de capacitación profesionales para enfermeras y auxilares de diferente tipo, la creación de nuevos programas de capacitación como el Técnico en Salud Rural y para los trabajadores de salud de nivel comunitario, y una serie de cursos cortos, de capacitación en servicio y seminarios de educación continuada para personal en posiciones asalariadas.

A pesar de este progreso, aún existen muchos problemas. La distribución de los diferentes trabajadores de salud capacitados continúa siendo inadecuada a los principales problemas de salud de Guatemala. Aunque existen deficiencias hipotéticas en todas las categorías de trabajadores de salud de acuerdo a las normas establecidas por el MSPAS, hay un exceso relativo de médicos disponibles en el país y una deficiencia de los trabajadores de salud de nivel inferior. Quizás más importante, es la proporción significativa de trabajadores de salud que están asignados a los hospitales y otras instituciones curativas, y lo mínimo de trabajadores de salud disponibles para los puestos con orientación más preventiva y en área rural, como los auxiliares de enfermería de los puestos de salud y los TSRs. Estos problemas de distribución reflejan la falla del MSPAS y de otras instituciones de cambiar las prioridades de servicios urbanos y curativos a los servicios más adecuados que son los preventivos y en áreas rurales y urbano-marginales.

Aunque los programas de capacitación actuales son efectivos y han sido fortalecidos por iniciativas importantes del gobierno y por asistencia del extranjero, todavía adolecen de materiales educativos para la capacitación y comunicación efectivas, y, en algunos casos, la calidad de la capacitación ha disminuído. Como lo mostró el reciente estudio de Conocimientos, Actitudes

y Prácticas (CAP) de los proveedores de salud, los programas de capacitación existentes no superan las serias deficiencias de conocimiento de los practicantes.[5]

El compromiso del gobierno de mantener y mejorar los programas de capacitación no ha sido consistente. Dos programas importantes y efectivos, el programa de capacitación de TSRs y el de auto-estudio para las auxiliares de enfermería han sido suspendidos por períodos indeterminados de tiempo. Los materiales y manuales de capacitación no reciben el suficiente apoyo presupuestario necesario para mantener la calidad.

Como se mencionó en la Sección 2.2, la supervisión es una forma esencial de mantener y mejorar los niveles de capacitación de los recursos humanos. En Guatemala, el sistema de supervisión es generalmente débil y sin desarrollo específico en capacitación en servicio para los trabajadores.

La capacitación de médicos también ha tenido una historia difícil. A principios de los años setenta, la facultad de medicina de la Universidad de San Carlos abrió su adminisión a cualquier estudiante que quisiera ingresar. Esta política produjo un flujo de estudiantes que primero agravó el problema de las instalaciones existentes y diluyó la calidad de la educación. El número de egresados fue más del triple, lo que puso presión significativa sobre el MSPAS y el IGSS para emplear a más médicos. Actualmente la sobre-oferta de médicos se dice es la responsable del descenso de los salarios en el sector privado, sin embargo, las huelgas recientes de los médicos en el sector público han tenido éxito y no han reducido significativamente los costos de la atención curativa por parte de los médicos a la sociedad. Además, la sobre-oferta de médicos no ha llevado a médicos a las áreas rurales con bajos servicios. Los médicos continúan concentrándose en la ciudad de Guatemala y las cabeceras municipales.

La propuesta reciente de establecer la Escuela Nacional de Salud Pública guarda la promesa de crear la base para una orientación más adecuada hacia los problemas de salud pública en el desarrollo de recursos humanos en Guatemala.

Recientemente, un estudio de la continuidad de los proyectos de salud en Guatemala concluyó que los proyectos con programas de capacitación como elementos principales son más propensos a ser continuados que otros tipos de proyectos.[6] También encontró que los programas donde habían prospectos de que sus egresados fueran empleados eran especialmente fáciles de continuar. El estudio sugirió que la capacitación de profesionales a largo plazo en el extranjero, cuando se combinaban con programas de desarrollo del sector salud como sucedió en los años de 1950 con los programas de SCISO también pueden ser una forma efectiva de asegurar el liderazgo y la continuidad de las actividades del proyecto y sus beneficios. Con el nuevo mandato para AID de promover la continuidad de los proyectos, sería adecuado que los proyectos de AID se enfocaran en el desarrollo de recursos humanos.

---

5 citar el estudio CAP de proveedores

6 Bossert, et al., **Continuidad de los Proyectos de Salud en Guatemala Apoyados por el Gobierno de los Estados Unidos**, AID/Washington, Septiembre 1987.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS debe dar prioridad a la creación de más plazas asalariadas para los TSRs y auxiliares de enfermería en los puestos de salud. Se debería imponer una congelación de puestos para médicos en el sector público. Una vez el MSPAS haga los compromisos presupuestarios para estos puestos de atención primaria en salud, los programas de capacitación deben ajustarse al nivel de la demanda creada, en especial el programa de capacitación de TSRs en el INDAPS.

2. El MSPAS debe proporcionar incentivos salariales para atraer a médicos, enfermeras graduadas, auxiliares de enfermería y TSRs a las áreas rurales.

3. AID debe proporcionar apoyo inmediato a la reproducción y distribución de los manuales de capacitación existentes y otros materiales en un proyecto diseñado para que el MSPAS pueda asumir progresivamente la responsabilidad financiera de este componente vital de la capacitación.

4. AID debe desarrollar un programa de capacitación de largo plazo para profesionales en el extranjero en manejo y administración de programas de salud para oficiales identificados por el MSPAS. El MSPAS debe contratar a estos oficiales para puestos adecuados a su regreso.

5. AID debe proporcionar dinero para iniciar la formulación de la Escuela Nacional de Salud Pública.

6. El MSPAS, con el apoyo de AID, debe desarrollar e implementar un programa de largo plazo que sea sistemático, y consistente para los promotores de salud. Este programa debe incluir el desarollo de un conjunto de capacitadores que ayudaran al personal del área de salud en la capacitación y supervisión. También debe incluir un componente de educación continuada para los promotores de salud existentes.

7. La Universidad de San Carlos debe estudiar la demanda y la distribución de médicos como una base para establecer criterios de admisión a la facultad de medicina y para el diseño de curriculum. Clases de menor tamaño podrían mejorar la calidad de la educación médica y el curriculum podría ser diseñado para proporcionar una capacitación adecuada a la demanda de especialistas y médicos generales.

4.2 SISTEMA DE LOGÍSTICA DEL SECTOR SALUD

4.2.1 INTRODUCCIÓN

El sistema de logística que se discute aquí está principalmente involucrado con el abastecimiento de productos farmacéuticos a los servicios públicos de salud y las farmacias del país. Otros aspectos de logística como transporte, repuestos y otros suministros no se examinaron en la evaluación previa del sector salud y no pudieron estudiarse en la presente investigación.

La falta de un abastecimiento adecuado y oportuno de medicinas es una queja constante de todos los servicios públicos de salud. El fracaso del sistema de comprar cantidades adecuadas y de distribuirlas efectivamente puede ser una de las debilidades centrales de todo el sistema de entrega de servicios de salud en Guatemala. Sin los suficientes suministros de medicinas, los puestos de salud y algunos centros de salud pierden a pacientes que buscan atención en otro lugar. Los problemas del sistema son la falta de suficientes recursos para la compra de medicamentos esenciales, una lista básica de medicamentos que es muy larga y sistemas de compras, almacenamiento y distribución pobres y desorganizados.

4.2.2 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El MSPAS compra sus productos farmacéuticos a través de una variedad de mecanismo, incluyendo grandes compras por el MSPAS y pequeñas por los servicios de salud, especialmente los hospitales. El MSPAS, a través de su Departamento de Compras, adquiere grandes cantidades de productos farmacéuticos a través de un contrato abierto una vez por año, que permite a los abastecedores registrados hacer ofertas sobre una lista de productos y proporcionar envíos trimestrales, o a través de una licitación, que es un proceso más largo que generalmente es entregado al año.

Los productos comprados por el Departamento de Compras son entregados por los abastecedores a los hospitales directamente, o a la Droguería Nacional, que es responsable de abastecer los puestos y centros de salud y las farmacias estatales. El MSPAS compra 350 productos diferentes en esta forma.

El MSPAS también puede importar directamente las medicinas cuando no se producen localmente o si la calidad de los productos producidos localmente no es satisfactoria. Sin embargo, el precio de los productos importados debe ser 15% menor que el de un producto importado similar ofrecido por un distribuidor local.

4.2.2.1 Laboratorio Unificado de Alimentos y Medicamentos

En julio de 1983, el MSPAS inició un programa para el control de calidad de las medicinas. El programa, financiado por la OPS y PNUD, creó el Laboratorio Unificado de Alimentos y Medicamentos (LUCAM) para analizar la calidad de todos los productos que requieren de registro sanitario, así como aquellos que compra el Ministerio.

El LUCAM se encuentra ubicado en las instalaciones del INCAP. Su personal está constituído por 13 profesionales (químicos, farmacéuticos y microbiólogos), dos consultores de OPS, cuatro secretarias y dos recepcionistas. El grupo de analistas parece ser suficiente para la actual carga de trabajo, pero tendrá que ser aumentado cuando se agreguen otras funciones.

Los servicios principales ofrecidos por el laboratorio son análisis de productos farmacéuticos, cosméticos y alimentos que solicitan registro, así como los productos de limpieza para el hogar. Existe una sección para el control de pesticidas en productos alimentarios de consumo local y en carne y hortalizas que se exportan a los Estados Unidos. Por este propósito, el

laboratorio fue reconocido por la Administración de Alimentos y Drogas del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

En 1985, LUCAM fue designado centro de capacitación para profesionales en el campo de control de calidad, y en abril de 1985 inició el programa de cinco años patrocinado por OPS. Este programa proporciona: (1) becas para un curso de cuatro meses para profesionales locales y extranjeros; (2) gastos en que incurra LUCAM (reactivos, materiales educativos, etc).

4.2.2.2 Laboratorio de producción biológica

El laboratorio de producción biológica realiza exámenes de diagnóstico clínico y produce algunos tipos de vacunas. También es responsable de almacenar las vacunas que son importadas por el MSPAS. Debido a que todas las vacunas donadas para el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) son entregadas al laboratorio para su almacenamiento y distribución, también funciona como el punto de inicio para la Red Fría.

El laboratorio de producción biológica produce vacunas antirrábicas para humanos y caninos y la vacuna contra la tifoidea. La producción de estas tres diferentes vacunas se lleva a cabo en un edificio inadecuado, que tiene mucho riesgo de contaminación. Las operaciones de elaboración se realizan en laboratorios abiertos. La capacidad de producción se describe como suficiente para la vacuna antirrábica para humanos y contra la tifoidea, pero no para la vacuna antirrábica para caninos. (El agua utilizada en la producción se compra a una compañía y se manda ocasionalmente para análisis a LUCAM).

Las operaciones de llenado se llevan a cabo en cuartos cerrados con pocas luces ultravioletas. Hay bastante tráfico de personal en los laboratorios y las cajas vacías se acumulan en los pasillos estrechos, lo que hace más peligrosa la operación. Todo el equipo utilizado es bastante obsoleto y necesita ser reemplazado urgentemente. El laboratorio realiza su propio control de calidad de sus productos terminados, con la excepción del examen de pirógenos.

El espacio de almacenamiento para las vacunas del PAI consiste en un congelador grande y dos unidades de refrigeración grandes, además de un congelador pequeño y una refrigeradora pequeña. Debido a las limitaciones físicas, el equipo de almacenamiento está ubicado en todo el edificio y una parte se encuentra en los pasillos.

Un problema serio de la unidad de almacenamiento son los termómetros, que dan lecturas no confiables. Otro problema es la fluctuación de la corriente eléctrica, aunque cuenta con un generador, no existe un sistema de alarma que anuncie un corte de energía. Este es un problema especialmente crítico en las noches, cuando no hay personal de confianza para encender el generador.

El laboratorio de producción biológica no tiene un sistema propio de distribución. Las vacunas son recogidas directamente en el laboratorio. Durante las campañas de vacunación, los vehículos de otras instituciones ofrecen ayuda en el transporte. Las vacunas se empacan en cajas frías listas para la distribución a las 25 diferentes áreas de vacunación. Los centros regionales están relativamente bien equipados con el equipo de enfriamiento para recibir las vacunas. Sin

embargo, sólo unos pocos centros y puestos de salud tienen la capacidad para almacenar adecuadamente los productos. El MSPAS está considerando actualmente una propuesta para un almacén central con el equipo requerido para almacenar las vacunas.

4.2.2.3 Droguería Nacional

La Droguería es el punto de inicio del sistema de distribución de medicinas y otros suministros médicos del MSPAS para abastecer 234 centros de salud, 614 puestos de salud, 53 farmacias estatales y 142 clínicas municipales, y ocasionalmente cuando hay disponibilidad, también abastece a los hospitales.

La Droguería Nacional está dividida en cuatro secciones, manteniendo inventarios separados que están divididos físicamente de acuerdo a las unidades que sirven. Esta división es la siguiente:

1. Farmacias estatales
2. Clínicas municipales
3. Centros y Puestos de Salud
4. Equipo Médico

El inventario de cada sección es pequeño, las instalaciones están mal divididas y los productos no se almacenan ni manejan adecuadamente.

Bajo el gobierno actual, con apoyo de la OPS, se ha iniciado el trabajo para mejorar la operación, contratando más profesionales en farmacia, un consultor de tiempo completo de la OPS y un administrador de empresas. La meta es centralizar la compra, almacenamiento y distribución de las medicinas y suministros hospitalarios de todas las instituciones de salud en la Droguería Nacional.

La Droguería Nacional no tiene un sistema de distribución independiente. Las farmacias estatales y las clínicas municipales recogen sus órdenes en la Droguería.

4.2.2.4 Unidad de Planificación Familiar

Actualmente, muchos centros y puestos de salud reciben anticonceptivos de APROFAM, que distribuye sus productos gratuitamente. El MSPAS ha principiado a tomar algunas acciones para reemplazar el sistema logístico de APROFAM con uno propio.

La Unidad de Planificación Familiar del MSPAS es responsable de la distribución de anticonceptivos y materiales educativos. Tiene buen lugar para almacenamiento localizado dentro de una bodega más grande del MSPAS. El área está bien coordinada para el almacenamiento de productos farmacéuticos. La Unidad de Planificación Familiar cubre 11 áreas de la parte suroccidental del país, que no están cubiertas por APROFAM.

La distribución de anticonceptivos y de materiales educativos se lleva a cabo por cuatro supervisores (médicos), quienes visitan todos los centros y puestos de salud localizados en estas 11 áreas, con cinco pequeños pick-ups. Los supervisores completan un ciclo de visitas en cuatro meses y son responsables de la recolección de información sobre la distribución y uso de anticonceptivos.

4.2.3 INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

El IGSS compra anualmente Q8 millones en medicinas y Q3 millones en otros suministros médicos. Cerca del 95%de los productos médicos se importan directamente o a través de representantes locales. Las compras más recientes han sido locales dada la falta de moneda extranjera. La lista de medicinas consiste en 380 productos, incluyendo anticonceptivos y vacunas. Estas últimas se obtienen a través de la OPS bajo el programa PAI. La lista también incluye drogas contra la malaria como hidrocloruro de cloroquina, fosfato y sulfato de cloroquina y fostato de primaquina.

Las medicinas compradas por el IGSS se almacenan en una bodega dividida en dos áreas (edificios separados). Una se utiliza para productos a granel. El almacenamiento operante tiene un sistema de medias estanterías, donde los productos se almacenan listos para su despacho. La distribución correspondiente a los hospitales y los centros de salud se lleva a cabo con dos camiones y tres pequeños pick-ups. Ocasionalmente se utiliza transporte privado, especialmente para órdenes pequeñas y urgentes de las áreas rurales.

No se ha establecido ningún sistema para controlar la calidad de los productos recibidos. El IGSS le pide a su proveedor un certificado de análisis como un compromiso de la calidad del producto entregado. Debido al retraso en el servicio, sólo en casos en que se tengan dudas se mandan muestras a LUCAM para su análisis.

Para el almacenamiento de las vacunas, el IGSS cuenta con un cuarto frío, una refrigeradora grande, dos congeladores horizontales, como parte principal de la cadena fría bien establecida. El director de bodega indicó que el principal problema que afrontan es la capacidad limitada del personal. Sólo hay un farmacéutico, el Director, y existe la clara necesidad de otro que sirva como supervisor a las 50 personas que trabajan en el manejo y envío de los productos farmacéuticos, siendo alfabetos sólo 10 a 15 de estas personas. Esto hace difícil que el Director asegure la operación confiable de la bodega.

La contabilidad es muy buena, el movimiento de los productos se lleva con un sistema de Kardex, y toda la información se ingresa diariamente a una computadora localizada en el edificio principal de administración. La información del campo, tal como el uso de los productos, también es confiable y está fácilmente disponible, lo que permite una buena planificación de las compras. Los productos obsoletos se destruyen después de cinco años, y los productos que se ven dañados se descartan inmediatamente. A la par de la bodega del IGSS, una pequeña unidad de producción está en operaciones, y está manejada por un farmacéutico y dos operadores. Producen cantidades limitadas de preparaciones líquidas orales y ungüentos, para una producción total anual de 40,000 unidades. Estos productos se incorporan al inventario de la bodega central cuando son terminados. Algunos de los productos terminados se analizan en el Laboratorio de

Productos Medicinales (LAPROMED) en la Facultad de Farmacia. Cuando estos productos se presenten al MSPAS para su registro sanitario, probablemente se hará un análisis completo de los mismos en LUCAM.

4.2.4 EL SECTOR PRIVADO

4.2.4.1 Producción y distribución farmacéutica

El sector privado farmacéutico en Guatemala se compone de compañías privadas que elaboran sus productos, quienes importan la mayoría de sus materias primas. Producen una gran variedad de productos farmacéuticos terminados, que van desde soluciones parenterales hasta tabletas, cápsulas, jarabes, ungüentos, etc.

Muchas compañías multinacionales (Upjohn, Hoechst, Roussel, Merck, etc.) tienen sus plantas en Guatemala para aprovechar el mercado Común Centroamericano. Sesenta compañías están involucradas en la producción de farmacéuticos en el país.

La distribución de medicinas en el sector privado se hace a través de mayoristas farmacéuticos, quienes algunas veces están afiliados con los productores, y en muchos casos son empresas independientes que distribuyen productos elaborados localmente así como productos importados. Existen cerca de 54 empresas registradas como mayoristas farmacéuticos. Los distribuidores pueden dividirse en dos grupos: aquellos que tienen su propia fuerza de ventas y promueven sus productos a nivel de las farmacias (droguerías éticas) y aquellos que venden los productos a los vendedores independientes (ruteros) que distribuyen sus productos en todo el país. A los segundos también se les llama droguerías populares. El primer grupo de distribuidores tienen menor cobertura, ya que pueden visitar principalmente farmacias. El segundo grupo visita las tiendas que se encuentran ampliamente distribuídas en el país. Muchas veces ofrecen otros productos además de los farmacéuticos y su cobertura es mayor a la del primer grupo.

El punto final del sistema de distribución privado es la farmacia privada. Aproximadamente el 50% de las 1,340 farmacias están localizadas en el departamento de Guatemala. Como resultado de las actividades de las droguerías populares, muchos productos farmacéuticos se encuentran en los mostradores de las tiendas y supermercados, conocidos como "medicinas no-éticas" o "populares", lo que hace que estas tiendas sean una parte importante del sistema privado de distribución. El sector privado representa cerca del 75% del mercado de farmacéuticos en Guatemala, que se calculó en 1985 cerca de los Q100 millones.

4.2.4.2 Asociación Pro-bienestar de la Familia (APROFAM)

Esta organización no gubernamental, fundada por AID y la IPPF (International Planning Parenthood Federation), está dedicada principalmente a actividades de planificación familiar, como educación y distribución de anticonceptivos. Los anticonceptivos son donados por AID e IPPF. Estos productos son vendidos a un precio muy bajo directamente a los consumidores a través de promotores voluntarios y el sistema público de salud. Del dinero de las ventas, el 60%

va a APROFAM y el 40% a los centros de salud o los promotores de los productos. Los mismos productos distribuídos en las clínicas de APROFAM son proporcionados en forma gratuita.

Recientemente, se han agregado a la lista de productos ofrecidos por APROFAM las sales de rehidratación oral (SRO), y otras medicinas como sulfas, antibióticos y desparasitantes (Mebendazole). Estas medicinas son compradas a los distribuidores locales y vendidas al costo en las clínicas de APROFAM. Los promotores sólo manejan anticonceptivos, SRO y Mebendazole. Los anticonceptivos son el único producto que APROFAM abastece a los centros del MSPAS. APROFAM tiene un buen sistema de control de la distribución de productos entregados a los promotores.

Las 11 clínicas son visitadas a intervalos de 15 días, y los 1,400 promotores se visitan en promedio cada tres meses. Dos representantes han tenido la responsabilidad de visitar los 430 centros del MSPAS para supervisar la distribución de anticonceptivos.

4.2.4.3 Importadores de Productos Farmacéuticos, S. A. (IPROFASA)

IPROFASA inició sus operaciones hace dos años como un proyecto de AID, para distribuir anticonceptivos orales a bajo costo al sector privado. Este proyecto terminará en diciembre de 1987 pero se espera que sea extendido. En año y medio de operación real, IPROFASA ha crecido en un 75% desde enero de 1986 hasta el 30 de junio del mismo año (ver Anexo 12.10).

En 1985, los puntos de distribución de IPROFASA consistían de 378 farmacias, cinco moteles y nueve mayoristas. En junio de 1986 el número aumentó a 631 farmacias, 41 puntos miscelánceos y 16 mayoristas para un total de 688. Entre los mayoristas se encuentran algunos distribuidores populares, que aparentemente ofrecen el mejor apoyo de ventas a la organización. IPROFASA mantiene una fuerza de ventas de cinco personas con vehículo propio. Además de los distribuidores, ellos visitan las área periódicamente distribuyendo y promoviendo los productos.

4.2.5 CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

El sistema de logística del sector público sufre de una serie de limitaciones. El problema central es la falta de un sistema de salud pública integrado y consistente. Hay muchos servicios del sector público que compran y distribuyen separadamente las medicinas. En algunos casos, hasta el sector privado colabora en la distribución de medicinas. Parece que hay poca coordinación entre estas unidades.

En segundo lugar, el sistema de distribución de salud pública es complejo y ha evitado el establecimiento de almacenamiento, transporte y distribución adecuados de las medicinas. El sistema de compras con sus compras periódicas a gran escala indica que los puestos y centros de salud son abastecidos periódicamente en las fechas de entrega y no de acuerdo a la demanda. El almacenamiento es inadecuado y muy centralizado. Sin una flotilla separada de vehículos para la distribución, el sistema depende del transporte de otras unidades. Finalmente, hay severas limitaciones en el mantenimiento de la cadena de frío para las vacunas.

En tercer lugar, hay un número excesivo de productos en la lista básica. El número de medicinas esenciales debe ser reducido para limitar los gastos.

Por último, el presupuesto para medicinas es muy limitado. El presupuesto de la Droguería Nacional para 1986 fue de sólo Q413,200.00 quetzales para la compra de medicinas para todos los centros y puestos de salud y farmacias estatales. Si se consideran todos los 848 centros y puestos de salud, significa que se asignaron Q40 mensuales para medicinas para cada uno.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proporcionar asistencia financiera y técnica par apoyar los esfuerzos actuales de reorganizar el sistema de compras y distribución del MSPAS. Se debe dar prioridad en mejorar la capacidad de almacenamiento, mejorar la cadena de frío en todos los centros de distribución, mejorar el sistema de transporte y fortalecer las habilidades técnicas y administrativas del personal del MSPAS.

2. AID debe proporcionar asistencia técnica al Laboratorio de Producción Biológica para establecer la capacidad de producción de sus propias vacunas.

3. AID debe apoyar un análisis completo de la lista básica de medicamentos que está comprando el MSPAS para establecer una lista más pequeña de los medicamentos esenciales.

4. AID debe financiar estudios de mecanismos de recuperación de costos que puedan proporcionar ingresos para cubrir los costos de los suministros medicinales.

4.3 ANÁLISIS DEL SISTEMA GERENCIAL DE INFORMACIÓN

4.3.1 RESUMEN

Un sistema efectivo y eficiente de información en salud está siendo reconocido como un elemento crucial en cualquier reforma del sector salud. Las estadísticas de salud, administrativas y presupuestarias son necesarias para la determinación de prioridades, que respondan a los cambios en los patrones de enfermedad y utilización de los servicios, identificación de necesidades de recursos humanos, proporcionar apoyo efectivo de logística y suministros y monitorear y evaluar la implementación de una gran variedad de programas específicos de la institución. Hasta recientemente, la información en salud se recolectaba en grandes cantidades sin importar la calidad consistente, usos finales, el potencial de análisis efectivo o lo oportuno de reportar la información. Actualmente, hay esfuerzos para mejorar el sistema gerencial de información en salud para hacerlo un instrumento efectivo para superar algunas de las limitaciones más grandes del sector salud.

En 1955, el MSPAS creó la Unidad de Bioestadística en el Departamento de Epidemiología. El propósito de esta unidad era de generar estadísticas vitales a nivel nacional, incluyendo nacimientos, muertes, causas de muerte y datos de morbilidad de los servicios de salud

del MSPAS. Al principio, el sistema consistía de diez formularios para la recolección de datos. Los datos eran procesados utilizando un sistema semi-mecánico, que incluía máquinas para efectuar conteos y para clasificar las tarjetas codificadas con ochenta columnas.

En 1982, la Unidad de Bioestadística fue reemplazada por la Unidad de Informática (UI), una dependencia directa del Director General de los Servicios de Salud. En este punto, las máquinas fueron reemplazadas por un mini-computador con tres estaciones de trabajo y un disco duro de 30 megabytes. El computador se utilizó para procesar las nuevas necesidades de datos relacionados sólo con la evaluación de recursos hospitalarios y gastos. El resto de los datos se procesaban manualmente utilizando calculadoras de bolsillo. Una falla del disco duro en 1984 resultó en el cambio del sistema de minicomputador por un sistema que dependía de varias micro-computadoras. La OPS donó el nuevo sistema y proporcionó la capacitación para el personal del Centro de Cómputo.

Con el tiempo, nuevas variables e indicadores de salud se incluyeron en el sistema de información para poder evaluar los diferentes programas de salud, asignar recursos y evaluar actividades seleccionadas del MSPAS. Con las nuevas demandas de información vino la proliferación de formularios de recolección de datos, que para 1986 habían aumentado a un total de 68. Con el nuevo sistema de computadoras, la UI procesa las estadísticas vitales y los datos de morbilidad, así como el conjunto de datos específicos de los programas. Sin embargo, no existe consistencia de los formularios ni de los conjuntos de datos que se están procesando en el sistema. Una gran proporción de los datos se continúan procesando manualmente.

4.3.2 ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES ACTUALES DE LA UI

Un total de siete profesionales y 28 miembros del personal técnico y de apoyo son parte de la Unidad de Informática. La Unidad está divida en tres secciones: Administración, Departamento de Información y Centro de Cómputo, se encuentra ubicada en dos oficinas separadas en la Dirección General de Servicios de Salud.

Sin embargo, al personal le hace falta suficiente capacitación en sistemas de información en salud. No hay en la UI ningún bioestadístico ni estadístico de salud. Muchos de los técnicos no han tenido capacitación formal en estadísticas de salud. Ninguno de los técnicos trabajando en los centros de salud y en hospitales han tenido tal capacitación.

Los datos se recolectan normalmente en todos los centros y puestos de salud y en los hospitales y todas las partes del sector salud utilizando los formularios de recolección de datos diseñados por la UI. Luego se unifica en el centro de salud del área y se manda al sector de salud correspondiente. En el sector de salud se hacen los análisis preliminares de estadísticas vitales y de los programas, los cuales se mandan a la UI.

En la UI se unifican los datos, se limpian y se procesan manualmente. El procesamiento a fondo de las estadísticas vitales se hace a través de las computadoras. El análisis de datos se hace generalmente de forma manual (Cuadro 4.6).

A nivel local, los centros de salud y los sectores realizan un procesamiento y análisis preliminar de los datos. A este nivel, el procesamiento paralelo de la información se patrocina por varias unidades de salud del MSPAS, tal como la Unidad de Programación, para poder obtener la información de los diferentes programas de salud del MSPAS más rápidamente. La ruta de la recolección de datos, la unificación y el tipo de datos recolectados se ilustra en el Cuadro 4.6.

El control de calidad y la limpieza de los datos recolectados se lleva a cabo manualmente en varios niveles y después de cada paso del análisis, utilizando formularios resumen. El control de calidad de la codificación sobre las causas de muerte se hace a través de computadoras. Sin embargo, no hay control de calidad durante las diferentes etapas de recolección de datos y el control de calidad en los otros niveles no es sistemático. Sólo un supervisor visita todas las instalaciones de salud y orienta y proporciona adiestramiento en el lugar cuando es necesario.

CUADRO 4.6

Flujo de la Recolección y Consolidación de la Información de Salud
Unidad de Informática del Ministerio de Salud - 1986

INSTALACION DE SALUD	INFORMACION RECOLECTADA	PROCESAMIENTO DE INFORMACION	INFORMACION ENVIADA A
Puesto de Salud	Actividades de atención de salud para cada programa. Nacimientos. Muertes. Causas de Muerte[1] Datos de morbilidad[1] Inmunizaciones. Enfermedades notificables[1]	Ninguna	Centro de Salud
Centro de Salud (Tipo "A" y "B")	Actividades de atención de salud para cada programa. Nacimientos. Muertes. Causas de Muerte. Datos de morbilidad. Inmunizaciones. Enfermedades notificables Hospitalización[2] Rayos-X y Laboratorio[3]	Análisis preliminar para estadísticas locales.	Sector de Salud
Sector de Salud	Estadísticas Vitales Consolidación de información de los centros de salud	Análisis preliminar de estadísticas vitales y actividades para cada programa.	IU Unidad de Informática.

INSTALACION DE SALUD	INFORMACION RECOLECTADA	PROCESAMIENTO DE INFORMACION	INFORMACION ENVIADA A
Hospital	Actividades de atención de salud para cada programa. Nacimientos. Muertes. Causas de muerte. Datos de morbilidad. Inmunizaciones. Enfermedades Notificables Hospitalización Rayos-X y Laboratorio Gastos hospitalarios	Análisis preliminar de: Estadísticas de Salud, Actividades para cada programa, y Gastos hospitalarios.	IU Unidad de Informática.

[1] Sólo cuando hay médico presente
[2] Sólo en algunos centros de salud Tipo "B" con encamamiento
[3] Sólo cuando está disponible en centros de salud Tipo "B"

FUENTE: Enríquez, M., Jefe Activo de la UI, MSPAS, Comunicación Personal. Agosto, 1986

4.3.3 LIMITACIONES

El sistema de la UI fue diseñado en 1955 y su estructura no ha sufrido mayores cambios desde entonces. Sin embargo, la cantidad de información necesaria ha aumentado considerablemente. Por lo tanto, la UI está recolectando y procesando grandes cantidades de información sin ninguna mejora sustancial en la forma en que los datos se han recolectado y procesado siempre.

Un consultor ha descrito el sistema actual como "complejo, detallado y redundante".[7] Actualmente, recolecta información en no menos de 30 áreas que varían desde nacimientos hasta la distribución trimestral de los gastos hospitalarios por servicio y a través de categorías de contabilidad de costos. Los 68 formularios utilizados en el sistema no están estandarizados y el personal de campo no tiene las copias necesarias de todos los formularios. La recolección de datos no es revisada sistemáticamente para control de calidad y casi nunca es utilizada en el punto de recolección.

El procesamiento y análisis de los datos ocurre tiempo después de la recolección y en algunos casos, la UI ha tardado dos años en informar sobre el análisis. El MSPAS no ha producido información oficial a tiempo en los últimos cuatro años. En septiembre de 1986, la UI no había informado oficialmente los datos de 1984 y 1985.

Como resultado de las deficiencias de la UI, el MSPAS tuvo que diseñar sistemas de información paralelos para obtener los datos necesarios. Al mismo tiempo, no se ha liberado a la UI de procesar la misma información. Esto resulta en redundancia, gasto y confusión con retrasos indebidos como regla y datos inexactos en los informes de la UI.

La capacidad de procesamiento por computadora es limitada y sólo las estadísticas vitales se hacen de esta forma. No hay análisis de datos hechos por computadora. Los cálculos manuales utilizando calculadoras de bolsillo no sólo son inadecuados, sino tampoco existen suficientes calculadoras para el personal.

Hay poca comunicación entre la UI como proveedor de información y los usuarios. Normalmente, la UI hace decisiones sobre la información que debe ser recolectada y cómo debe recolectarse y procesarse. Por lo tanto, los informes de la UI no satisfacen las necesidades de los usuarios.

4.3.4 REFORMAS ACTUALES

El MSPAS ha estado consciente de las limitaciones del sistema de información que se mencionaron anteriormente. En el momento está comprometido en varios programas diseñados para mejorar el sistema. La UI se ha reestructurado y ha desarrollado propuestas para el desarrollo de un sistema de información que sea sensible y unificado con un componente modular como modelo de sub-sistema.

Se desarrolló un sistema de información para salud materno-infantil con la asistencia técnica de la OPS y se está evaluando en el departamento de Zacapa. Este sistema es piloto con posibilidades de ampliarse a nivel nacional. Ha reducido considerablemente el número de formularios, se ha enfocado en la recolección de datos fundamentales, ha mejorado la estandarización y redujo la redundancia. También ha estimulado la participación a nivel local, utilizando la información para la programación local de actividades. El sistema tiene algunas

---

7 Gary Heald, **Análisis Técnico: Sistemas Gerenciales de Información en Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala**. PRITECH, 1987.

limitaciones, algunos datos claves no se recolectan, proporciona poca oportunidad para mejorar el control de calidad y hay unificación de algunos datos en los niveles más bajos.[8] Además, las pruebas de campo han estado limitadas geográficamente y puede no representar suficiente experiencia para ser ampliado a nivel nacional. Sin embargo, el modelo tiene potencial para mejoras importantes en el sistema de información de salud y el MSPAS está evaluando los resultados del proyecto piloto.

Una segunda iniciativa complementaria será iniciada por AID en una ampliación del proyecto actual de Supervivencia Infantil. Además de proporcionar microcomputadoras adicionales para aumentar la capacidad del sistema para almacenar, procesar y analizar los datos, el proyecto contempla asistencia técnica para identificar necesidades, desarrollar formularios y sistemas adecuados a las necesidades e implementar las reformas en el sistema.

4.3.5 RESUMEN Y RECOMENDACIONES

El actual sistema gerencial de información en salud del MSPAS es inadecuado para las tareas de recolectar datos sistemáticos y adecuados y analizarlos en forma útil para manejar y planificar las actividades del sector salud. La Unidad de Informática centralizada, que es responsable de establecer estándares y procesar la mayoría de datos del MSPAS, está sobrecargada con datos no-sistemáticos que son reportados en formularios que no se han estandarizado y para los cuales el control de calidad es esporádico, cuando llega a hacerse. El personal no está preparado para analizar los datos de forma adecuada y oportuna. El sistema computarizado, aunque adecuado, necesita ampliarse, así como la instalación de software para analizar los datos. Los atrasos de la UI en informar han llevado al desarrollo de sistemas de recolección paralelos y redundantes para la planificación y programación de actividades. El personal de nivel local no se ha involucrado en el análisis de los datos y no tienen influencia sobre el tipo y uso de los datos que deben recolectar.

Los esfuerzos por mejorar el sistema de información gerencial en salud tienen promesa y deben ser reforzados. El proyecto piloto en Zacapa ha demostrado un medio de simplificar y estandarizar los formularios y de involucrar al personal de nivel local en el uso y análisis de los datos. AID está proporcionando software y hardware para computadoras y asistencia técnica de largo plazo para mejorar la capacidad del sistema.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS debe hacer talleres con el objetivo de evaluar el proyecto piloto de Zacapa y otros sistemas de información de la región. AID debe proporcionar apoyo para que expertos en sistemas de información gerencial en salud de otros países de la región asistan a estos talleres. Los talleres deben enfocarse en esfuerzos que han sido exitosos para simplificar la recolección de datos, encausar los informes y análisis, mejorar la supervisión y control de calidad y proporcionar retroalimentación de la información a los niveles locales donde se recolectan los datos.

---

8 Op. cit.

2. El MSPAS debe unificar todos los sistemas de información en la UI para evitar la duplicidad de esfuerzos y sistematizar los informes.

3. AID debe continuar proporcionando asistencia técnica y material para mejorar el sistema de la UI del MSPAS. Estos esfuerzos deben ser diseñados para mejorar la capacidad técnica el personal de la UI y prepararlos para hacer el análisis de los datos con el software indicado.

4. AID debe proporcionar capacitación en el extranjero de largo plazo en análisis estadístico de los datos de salud para personal de la UI.

5. En la medida que se vaya rediseñando y mejorando el sistema de información se deben tener reuniones periódicas de información y capacitación con el personal de todos los niveles de recolección de los datos y con los usuarios potenciales de los datos y los análisis. Estas reuniones deben ser rutinarias para mejorar la forma de reportar, motivar al personal a utilizar los datos en la planificación y manejo y proporcionar formas de que los usuarios puedan modificar el sistema.

5. PROGRAMAS

5.1 SALUD MATERNO-INFANTIL

Las mujeres en edad fértil y los niños menores de 15 años constituyen el segmento más grande de la población guatemalteca. Los niños menores de 15 años representan más del 50% de la población. También es el segmento con el mayor riesgo y por lo tanto la población meta prioritaria para los servicios de salud. Aunque se puede tener sólo confianza parcial en la disponibilidad de las estadísticas, el siguiente análisis presentará el estado de salud en detalle de esta población, discutiendo las tendencias históricas y comparando a Guatemala con otros países. Esta sección discute los problemas de mortalidad y morbilidad. Los aspectos de fecundidad y nutrición, que son parte integral de la salud materno-infantil, se discutirán en secciones separadas.

5.1.1 MORTALIDAD

Como se mencionó en la introducción, la estimaciones de mortalidad infantil varían considerablemente de fuente a fuente; sin embargo, hay un consenso general que aunque la mortalidad infantil ha seguido una tendencia de disminuir durante el período de post-guerra, todavía es muy alta, estando alrededor de 70 por 1,000 nacidos vivos.

Debido a que la mortalidad infantil está influenciada por muchos factores que no están en control directo de las instituciones de salud, es más importante comparar a Guatemala con países con condiciones socio-económicas similares para evaluar la efectividad de los recursos del sector salud. La tendencia de disminución de la mortalidad infantil es similar a la de los países de América Latina, como se nota en la Gráfica 5.1 Aunque está claro que Guatemala ha permanecido a un nivel más alto que el promedio para América Latina y mucho más alto que Costa Rica, la tendencia de la mortalidad infantil en Guatemala es similar a la de otros países con condiciones socio-económicas parecidas (Gráfica 5.1).

Estudios recientes sugieren que esta tendencia hacia la disminución puede no continuar. La tendencia general de disminución parece estar interrumpida durante del período de 1982-4, cuando varias fuentes estadísticas sugieren una aumento en la mortalidad infantil. (Cuadro 5.2) Este aumento coincide con una disminución económica general y con restricciones presupuestarias que cortaron especialmente las actividades de atención primaria en salud. También ocurrió en un período de inestabilidad política y con altos niveles de represión. No se tiene información de los niveles actuales de mortalidad infantil que puedan sugerir el retorno a la tendencia de disminución que se observó en la década de los años setenta.

Si se observa más detenidamente la distribución por edades, se ven diferencias importantes de riesgo que son consistentes con aquellas de otros países de bajo ingreso (Cuadro 5.3) El riesgo más alto está en el grupo etario de uno a cuatro años, donde ocurren el 18.4% del

total de muertes. El segundo grupo de riesgo es entre niños de 28 días a un año de edad. Es en estos grupos etarios que la terapia de rehidratación oral (TRO) y las vacunas tienen mayor impacto en reducir la mortalidad.

CUADRO 5.1

Tasa de Mortalidad Infantil por 1,000 Nacidos Vivos
Países Seleccionados de América Latina
1960 - 1985

País	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1985
Países de Bajo Ingreso					
Guatemala	128.1	115.3	90.2	79.0	67.7
Honduras	136.8	124.0	110.7	95.4	81.5
Nicaragua	136.4	122.2	108.9	96.5	84.5
Ecuador	132.3	114.5	100.1	86.0	77.2
Perú	152.2	132.7	106.5	93.5	81.9
Países de Mediano Ingreso					
Costa Rica	70.6	60.3	50.9	29.3	25.7
Colombia	84.5	74.2	66.9	59.4	53.3
Venezuela	76.9	64.9	52.4	44.8	38.6

Fuente: Programa de Salud Materno Infantil de la OPS. **Mortalidad y Política Humana**, Roma, CELADE, abril de 1983 (HESA/ICP. 1984/ECIV/12).

CUADRO 5.2

Guatemala: Indicadores Seleccionados de los Servicios de Salud
1979 - 1983

Indicador	1979	1980	1981	1982	1983
Muertes de menores de cinco años como % del total	49.9	47.5	34.4	47.4	43.6
Porcentaje de nacimientos en hospital	13.0	18.6	19.0	19.0	19.4
Porcentaje de nacimientos atendidos por médico	22.5	18.3	19.1	18.1	20.7
Egresos hospitalarios [1] (miles)	210.1	190.0	194.1	198.6	212.6
Consultas médicas [1] (miles)	2,004.0	2,918.2	3,085.4	3,622.2	4,006.6
Vacunas [1] (miles)	-	1,255.0	1,111.6	1,370.9	1,753.6
Camas hospitalarias [1]	912.0	881.9	885.8	868.6	871.4
Hospitales [1]	3.7	3.7	3.7	3.8	3.8
Centros de salud [1]	17.1	17.8	21.0	20.8	21.0
Puestos de salud [1]	55.4	54.8	68.0	68.0	68.0

[1] Corresponde sólo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Fuente: Centro de Información. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. SEGEPLAN

CUADRO 5.3

Guatemala: Mortalidad por Grupos Etarios
1979 y 1983

Grupo Etario	1979 No. Muertes	1979 %	1983 No. Muertes	1983 %
< 28 días	5,910	8.31	5,921	7.78
28 días - 1 año	12,509	17.59	13,053	17.16
1 - 4 años	15,521	21.82	14,180	18.66
5 - 14 años	4,472	6.29	4,729	6.22
15 - 44 años	10,718	15.07	11,119	14.61
45 + años	18,049	25.38	22,446	29.50
Desconocida	438	0.62	241	0.32
Muertes fetales	-	-	4,394	5.77
Mortinatos	3,505	4.92	-	-
TOTAL	71,122	100.00	76,083	100.00

Fuente: Unidad de Informática. Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

Aunque no hay datos específicos para Guatemala, se sabe que los intervalos cortos entre nacimientos se correlacionan en alto grado con la mortalidad infantil y materna.

Un examen de las causas reportadas de muerte sugiere que disminuciones considerables en la mortalidad infantil podrían lograrse con las estrategias de supervivencia infantil como TRO, inmunizaciones, lactancia materna, espaciamiento de embarazos y monitoreo de crecimiento. Como lo anterior, estos datos son similares a los de otros países de América Latina con bajos ingresos. (Cuadro 5.4) La primera causa de muerte entre el grupo de uno a cinco años es enteritis, que puede tratarse parcialmente con una estrategia efectiva de TRO. La segunda causa son las enfermedades respiratorias agudas, que aunque son difíciles de tratar pueden utilizarse otras medidas preventivas. La tercera y cuarta causas son sarampión y tos ferina para las cuales existe una vacuna eficiente. Programas de nutrición que fortalezcan la resistencia y pueden disminuir la mortalidad por estas cuatro enfermedades y por la quinta causa de muerte, deficiencias nutricionales.

La mortalidad materna también es alta, oscilando desde 17 a 10 por 1,000 nacidos vivos (Cuadro 5.5). Las causas de muerte reflejan el alto nivel de abortos y los bajos niveles de atención y peri-natal que reciben las madres en Guatemala. (Cuadro 5.6) Como muestra el Cuadro 5.7, sólo 22.4% de las nacimientos ocurren en un servicio de salud y sólo 42.8% son atendidos por personal capacitado. Estas estadísticas de nivel nacional disfrazan las diferencias regionales que son substanciales. En San Marcos, 87% de los nacimientos fueron atendidos por

comadronas empíricas y sólo 1% por médicos, mientras que en la ciudad de Guatemala sólo 6% fueron atendidos por comadronas empíricas.[1]

Las complicaciones médicas y la mortalidad asociada con abortos es el problema de salud más grande que se reportó y fue responsable de la mitad de los casos de mortalidad materna en 1977, siendo aún la segunda causa de mortalidad materna en 1983. La encuesta sobre fecundidad y salud materno-infantil de 1983 encontró que cerca del 75% de las mujeres que habían tenido un aborto habían requerido atención médica y 46% fue hospitalizado.[2]

5.1.2 MORBILIDAD

Las estadísticas de morbilidad son los datos de salud menos confiables de Guatemala. Sólo reportan el 20% de los casos que reciben tratamiento en las instalaciones de salud pública. No se requiere que el sector privado reporte cifras de morbilidad. Además, varias fuentes reportan estos datos en categorías que no son comparables y frecuentemente con parámetros definidos vagamente. Aún así, los siguientes cuadros reflejan el estado de salud que no es diferente a los datos de mortalidad y es consistente con lo que se observa en otros países con niveles socio-económicos similares.

1 MSPAS/DGSS/UI, March 1987, citado en Polly Harrison, et. al., Immunization/ORT/Child Survival Program, Guatemala. Project Paper Supplement, Concept Development. MSH, 1987.

2 APROFAM, Encuesta Nacional de Fecundidad, Planificación Familiar, Salud Materno Infantil y Comunicación de Guatemala 1983. Guatemala, 1985.

CUADRO 5.4

Cinco Causas Principales de Mortalidad en Niños 1-4 Años
Guatemala y Otros Países con Tasa de Mortalidad
Alta por 100,000 - 1978

País	Orden de Importancia de la Causa de Muerte 1.	2.	3.	4.	5.
Guatemala	Enteritis 408.6	Influenza Neumonía 220.5	Sarampión 121.2	Tosferina 59.1	Deficiencia Nutricional 44.1
Ecuador	Enteritis 227.5	Bronquitis Neumonía 91.2	Influenza Nutricional 89.9	Deficiencia 38.3	Accidentes 37.3
Honduras	Enteritis 92.8	Sarampión 41.6	Influenza Neumonía 34.8	Disentería Bacilar 18.7	Bronquitis 14.6
Perú	Enteritis 134.2	Influenza Neumonía 104.2	Bronquitis 34.3	Sarampión 32.1	Deficiencia Nutricional 25.5
Paraguay	Enteritis 198.7	Influenza Neumonía 65.2	Accidentes 27.2	Deficiencia Nutricional 20.1	Bronquitis 11.6

Fuente: United Nations, World Population Prospects as Assessed in 1980. New York, 1981.

CUADRO 5.5

Guatemala: Indicadores de Salud Seleccionados
1979 - 1983

Indicador	1979	1980	1981	1982	1983
Tasa de Nacimientos	42.1	37.3	39.0	38.2	37.0
Tasa Cruda de Muertes	10.4	10.1	10.4	9.7	9.6
Tasa de Crecimiento Natural	31.7	27.2	28.6	28.5	27.4
Tasa de Mortalidad Materna (por 1000 nacidos vivos)	1.7	1.0	1.1	1.3	1.2
Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos)	79.6	76.4	54.4	60.1	64.9

Fuente: Centro de Información. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. SEGEPLAN.

CUADRO 5.6

Guatemala: Causa Principal de Mortalidad Materna por Grupo Etario
1983

Causa de Mortalidad Materna	10-14 años	15-44 años	45-64 años	65+ años	Desconocido	Total
Aborto	-	17	-	-	1	18
Causas Obstétricas Directa	-	278	5	-	1	284
Hemorragia durante Embarazo y Parto	-	15	-	-	-	15
Complicaciones Puerperales	-	1	24	2	-	27
Toxemia	-	8	-	-	-	8
Parto Obstruído	-	1	1	-	-	1
Causas Obstétricas Indirectas	-	1	1	-	-	2
TOTAL	-	**321**	**30**	**2**	**2**	**355**

Fuente: Departamento de Estadística. Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Consolidado de defunciones por área 1983.** Guatemala

CUADRO 5.7

Guatemala: Atención del Parto
1979 y 1983

Lugar del Parto	1979 No.	1979 %	1983 No.	1983 %
Hospital	30,311	13.0	56,853	19.4
Otros Servicios de Salud	6,498	2.8	8,921	3.0
Hogar	189,935	81.5	226,916	77.5
Areas Públicas	6,448	2.7	244	0.1
Total	**233,192**	**100.0**	**292,934**	**100.0**
Personal que Atendió el Parto				
Médico	32,435	13.9	60,676	20.7
Comadrona Adiestrada	49,005	21.0	64,802	22.1
Comadrona Empírica	130,309	55.9	151,424	51.7
Ninguno	21,443	9.2	16,032	5.5
Total	**233,192**	**100.0**	**292,934**	**100.0**

Fuente: Departamento de Estadística. Dirección General de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala

Las estadísticas de la morbilidad en consulta externa para niños entre uno y cinco años sugieren que las enfermedades respiratorias, infecciones intestinales y parasitarias y las deficiencias nutricionales son las causas más importantes de morbilidad (Cuadro 5.8). Distribuciones similares de las enfermedades se observan para el grupo de cinco a 15 años (Cuadro 5.9).

CUADRO 5.8

Guatemala: Diez Causas Principales de Morbilidad en Consulta Externa en Niños Menor de 1 Año - 1983

Causas Principales	Orden de Importancia	Número de Casos	Tasa	%
Otras Enfermedades del Aparato Respiratorio	2	13,886	4,740.3	12.34
Enfermedades Parasitarias y otras Infecciones	1	13,170	4,495.9	11.70
Otras Infecciones Intestinales	7	11,542	3,940.1	10.26
Enfermedad de la Piel y del Sistema Oseo-Muscular	5	6,384	2,179.3	5.67
Deficiencias Nutricionales	10	6,185	2,111.4	5.50
Enfermedades del Sistema Nervioso	-	5,781	1,973.5	5.14
Bronquitis, Enfisema y Asma	-	3,458	1,180.5	3.07
Influenza y Neumonía	-	2,711	925.5	2.41
Amebiasis	-	2,665	909.8	2.37
Otros Desórdenes Urogenitales	6	2,623	895.4	2.33
Otras Causas	-	44,122	15,062.1	39.21
TOTAL	-	**112,527**	**38,413.8**	**100.00**
Enfermedades, Signos y Síntomas Mal Definidos	-	27,353	9,337.6	24.31

Fuente: Plan Nacional de Supervivencia Infantil. 1985-1989. Guatemala, 1984.

CUADRO 5.9

Guatemala: Diez Causas Principales de Morbilidad en Consulta Externa de Niños de 5-15 Años - 1983

Causas Principales	Orden de Importancia	Número de Casos	Tasa	%
Enfermedades Parasitarias y Otras Infecciones	1	27,373	2,433.7	15.16
Otras Enfermedades del Aparato Respiratorio	2	21,050	1,871.5	11.66
Otras Infecciones Intestinales	7	12,535	1,114.5	6.94
Enfermedades de Piel y Sistema Oseo-Muscular	5	10,040	892.6	5.56
Otras Enfermedades del Sistema Nervioso y Sentidos	4	9,259	823.1	5.13
Deficiencias Nutricionales	10	8,640	768.2	4.78
Otras Enfermedades del Aparato Digestivo	3	7,344	652.9	4.07
Anemia	9	6,793	603.9	3.76
Bronquitis, Enfisema y Asma	-	6,141	546.0	3.40
Otras Enfermedades del Aparato Urogenital	6	4,626	411.3	2.56
Otras Causas	-	66,772	59,336.5	36.98
TOTAL	-	**180,573**	**16,054.3**	**100.00**
Enfermedades, Signos y Síntomas Mal Definidos (780-799)	-	37,635	3,346.0	20.84

Fuente: Plan Nacional de Supervivencia Infantil. 1985-1989. Guatemala, 1984.

El Cuadro 5.10 muestra que los nacimientos, enfermedades del aparato urinario y genitales, infecciones intestinales, deficiencias nutricionales e infecciones respiratorias son las causas principales de hospitalización.

5.1.3 DIFERENCIAS REGIONALES

Hay grandes diferencias en las tasas de mortalidad infantil entre los diferentes departamentos y regiones de Guatemala. Como un todo, el área del altiplano, donde la población mayense es predominante, tiene los niveles más altos de mortalidad infantil y existe variación dentro de esta región y otros departamentos que reflejan las mismas tendencias (Cuadro 5.11).

De acuerdo a una evaluación basada en el índice general de las estadísticas de salud, las regiones prioritarias establecidas por el Plan Nacional de Supervivencia Infantil 1985-89 fueron Totonicapán, Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango, Chimaltenango, Sololá, El Quiché y

Quetzaltenango. Sin embargo, si se establecieran prioridades sólo en base a la mortalidad infantil también habría que darle prioridad a Escuintla, Santa Rosa, Baja Verapaz y Sacatepéquez.

5.1.4 RESUMEN DE PROBLEMAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

El nivel de salud del segmento más grande de la población guatemalteca, mujeres en edad fértil y niños, es consistente con el de otros países de bajo ingreso. Mientras que las tendencias generales de salud están mejorando, aún están inaceptablemente altas y ameritan atención prioritaria. Esta prioridad es particularmente importante ya que las causas de muerte y de morbilidad más importantes se pueden tratar con estrategias de supervivencia infantil y atención primaria de salud.

Las enfermedades diarréicas son la causa principal de muerte entre niños de uno a cuatro años. La mortalidad de este grupo etario podría disminuirse significativamente por estrategias efectivas de TRO y de nutrición, así como mejorando el saneamiento ambiental y el suministro de agua potable.

Las enfermedades que pueden tratarse por programas efectivos de inmunización, en especial sarampión y tos ferina, están también entre las causas más importantes de mortalidad y morbilidad de los niños.

Esfuerzos más grandes en mejorar el estado nutricional, el espaciamiento de embarazos y la planificación familiar también podrían tratar estos problemas.

Los problemas importantes alrededor del proceso del nacimiento, incluyendo las complicaciones del parto y el aborto, siguen siendo causas de mortalidad materna y son causas importantes de hospitalización. Sin embargo, aún hay una baja utilización de los servicios de salud y de personal capacitado para la atención del parto.

Las diferencias regionales en los niveles de salud de los niños y de las madres sugieren que debe dársele mayor prioridad a los departamentos del altiplano, en especial a Totonicapán y Baja Verapaz, y a los departamentos de Escuintla y Sacatepéquez.

CUADRO 5.10

Guatemala: Diez Causas Principales de Egresos Hospitalarios Con Tasas por 100,000, Toda Edad - 1983

Causas Principales	Orden de Importancia	Número de Casos	Tasa	%
Nacimientos Normales	1	42,007	2,335.1	24.10
Causas Obstétricas Directas	2	14,295	794.6	8.20
Enfermedades del Aparato Urogenital	3	10,103	127.5	5.80
Otras Infecciones Intestinales	4	8,933	112.7	5.13
Aborto	5	8,423	468.2	4.83
Deficiencias Nutricionales	6	8,204	103.5	4.71
Influenza y Neumonía	7	8,124	102.5	4.66
Fracturas, Dislocaciones, etc.	8	6,837	862.5	3.92
Enfermedades de la piel y del sistema oseo-muscular	9	4,868	61.4	2.79
Obstrucción Intestinal, Hernia	10	4,140	52.2	2.38
Heridas y Traumatismos del Aparato Circulatorio	11	3,919	49.4	2.25
Otras Causas	-	54,432	686.7	31.23
TOTAL	-	**174,285**	**2,198.7**	**100.00**
Enfermedades, Signos y Síntomas Mal Definidos (780-799)	-	12,869	162.4	7.38

Fuente: Unidad de Informática. Dirección General de Servicios de Salud. MInisterio de Salud y Asistencia Social. Guatemala

CUADRO 5.11

Mortalidad Infantil por Departamento
1975, 1979 y 1983

Departamento	1975	1979	1983
Guatemala	82.0	73.8	55.4
El Progreso	83.2	63.4	70.3
Sacatepéquez	88.4	88.4	72.3
Chimaltenango	91.2	84.0	77.5
Escuintla	122.6	118.6	107.8
Santa Rosa	81.0	86.3	80.7
Sololá	106.3	91.4	71.9
Totonicapán	143.6	93.2	84.5
Quetzaltenango	100.2	84.4	70.3
Suchitepéquez	88.3	65.0	67.9
Retalhuleu	75.5	66.7	65.0
San Marcos	66.1	65.3	51.1
Huehuetenango	62.1	54.7	60.5
El Quiché	75.3	62.0	64.7
Baja Verapaz	67.3	63.2	80.0
Alta Verapaz	54.5	43.1	59.2
Petén	85.7	57.8	59.6
Izabal	63.0	59.6	68.5
Zacapa	84.0	63.0	61.7
Chiquimula	51.4	45.9	42.4
Jalapa	70.2	68.8	57.8
Jutiapa	72.4	53.4	53.1
TOTAL	**81.1**	**70.2**	**64.9**

[1] Menores de un año.

Fuente: Dirección General de Estadística. **Guatemala: Población estimada por departamento y municipio.** Años 1974-1975. Sección de Estadísticas Vitales, Instituto Nacional de Estadística.

5.1.5 PROGRAMAS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL.

Los esfuerzos más grandes en la ampliación de la cobertura y en la atención primaria en salud de los años setenta fueron diseñados para darle prioridad a los programas de salud materno-infantil. Otras instituciones como el IGSS y otras ONGs han tenido programas de salud materno-infantil importantes por décadas.

Recientemente, el MSPAS, el IGSS y varias ONGs y los donantes del extranjero le han dado prioridad a varios programas diseñados a enfocar la atención en problemas de salud de madres y niños. Estos programas están diseñados para fortalecer los servicios tradicionales que en el pasado han servido a esta población meta. En esta sección, se discutirán las estrategias de TRO e inmunizaciones (los "motores gemelos" de la estrategia de supervivencia infantil de AID). Los programas de planificación familiar y de nutrición, que también son parte del MSPAS y de las estrategias de supervivencia infantil serán tratadas por separado en otras secciones.

5.1.5.1 Programas de salud materno-infantil del MSPAS

En el MSPAS estos programas son dirigidos por la Dirección General de Servicios de Salud, en departamento normativo de Salud Materno-Infantil y son implementados por el sistema de entrega de servicios de salud a nivel de área. El Departamento de Epidemiología también participa en la implementación de estos programas. Como se mencionó en la sección correspondiente a la estructura organizativa del MSPAS, estos programas no están integrados ni descentralizados como deberían estar para tener mayor efectividad.

El Departamento Materno-Infantil ha tenido una historia desafortunada. A finales de la década de los años sesenta y principios de los setenta recibió financiamiento importante de los donantes para programas de planificación familiar, y rápidamente se convirtió en la división normativa más grande e importante del Ministerio. Cuando se suspendió el financiamiento del extranjero a mediados de los años setenta, la división se encogió, perdió la influencia sobre otros y dejó de iniciar nuevos programas, aunque otras divisiones, en especial la División de Recursos Humanos, tomó algunas de las actividades de Materno-Infantil. Recientemente, con mayor flujo de financiamiento para supervivencia infantil de varios donantes, el Departamento Materno-Infantil está creciendo de nuevo en responsabilidades y niveles de financiamiento. También ha sido designado por los niveles superiores como la contraparte del MSPAS (bajo la autoridad de la Unidad de Programas Aplicados) para la mayor parte de las actividades de supervivencia infantil. Esta concentración del control de los programas más grandes de los donantes y el rápido crecimiento de la división pueden presentar problemas en el futuro que podrían afectar la implementación y continuidad de los proyectos de Supervivencia Infantil, a menos que se hagan mayores esfuerzos para integrar y descentralizar las actividades de supervivencia infantil a través de las unidades normativas y administrativas operativas. Se debe aprender de la dependencia pasada de esta división del financiamiento de los donantes y de su pérdida subsecuente de efectividad.

5.1.5.2 Control de enfermedades diarréicas

Como se mencionó anteriormente, la enteritis y otras enfermedades diarréicas son las causas más importantes de la mortalidad infantil en Guatemala. En 1983, las enfermedades gastrointestinales fueron responsables de 72.2 muertes por 10,000 niños menores de cinco años.[3]

---

[3] MSPAS, **Plan Nacional de Supervivencia Infantil**, 1986. p.6.

Estas enfermedades también fueron las causas más importantes de morbilidad de niños menores de 15 años. (Cuadros 5.8 y 5.9)

En 1986, un estudio en áreas centinelas hecho por el MSPAS e INCAP en 120 comunidades con población de 1,000 habitantes en todo el país, encontró que dos semanas previas a la encuesta el 20% de los niños menores de 36 meses habían tenido alguna enfermedad diarréica de uno o dos días de duración. En un área marginal de la ciudad de Guatemala, la tasa fue de 45%, oscilando entre 36.5% en familias de secciones más desarrolladas hasta 66.7% en las secciones con saneamiento ambiental deficiente y hacinamiento en las viviendas.[4] Resultados similares se encontraron en la Encuesta de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil, que encontró que 25.6% de los niños menores de cinco años habían tenido diarrea las dos semanas previas a la encuesta.[5]

El programa de supervivencia infantil más importante que trata este problema enfoca el tratamiento de los episodios de diarrea con TRO. Este método ha demostrado ser efectivo en disminuir la mortalidad infantil debido a deshidratación en muchos países.

El MSPAS inició los esfuerzos de promover TRO en 1978 cuando inició un programa en el Hospital Regional de Huehuetenango y FUNAP patrocinó TRO en su programa de Extensión de Servicios de Salud Materno-Infantil. Desde entonces, varios programas separados han incluído TRO como una parte importante de sus actividades. Estos programas incluyen SINAPS, PRINAPS y el Proyecto de Sistemas Comunitarios Integrados. Además, un programa de TRO se inició en el Hospital Roosevelt donde se ha establecido un centro de capacitación y tratamiento. La estrategia de TRO es ahora parte integral de todos los programas de donantes del país. Tanto UNICEF como OPS han promovido TRO en el programa de canalización del MSPAS. Los proyectos de supervivencia infantil de AID y los programas regionales patrocinados por AID dirigidos a través de INCAP también hacen énfasis en TRO. Sin embargo, el MSPAS tiene que establecer un programa para el control de enfermedades diarréicas con estrategias de TRO específicas.

Durante los últimos cinco años, estos programas y muchos de los programas de educación continuada a todos los niveles del MSPAS han promovido el uso de TRO. La renuencia de los médicos de utilizar TRO ha disminuído durante este período y el conocimiento sobre TRO ha aumentado en todos los niveles del MSPAS.

En los últimos años, las sales de rehidratación oral han estado disponibles ampliamente, principalmente a través del programa de UNICEF que proporciona grandes cantidades de sobres de suero oral. En 1985, se importaron 700,000 sobres al país. AID y otros donantes también están abasteciendo al MSPAS y a ONGs con sobres de suero oral. Con el apoyo de AID el MSPAS establecerá la producción de sales de rehidratación oral en el país en 1988. El gobierno ha accedido a absorber lentamente los costos de producción a través de un renglón presupuestario para obtener a bajo costo las sales de rehidratación oral de LAPROMED. Además, el MSPAS está estudiando, junto con INCAP, el uso del soluciones caseras como el agua

---

4 **Ministerio de Salud e INCAP, Encuesta Nacional Simplificada de Salud, 1986.**

5 **Asociación Proßienestar de la Familia and CDC, Famly Planning and Maternal/Child Health Survey, 1983.**

de coco y agua de cebada y estimulando su uso como medidas preventivas para evitar la deshidratación. Actualmente no hay una contabilidad clara sobre los costos y la distribución de sales de rehidratación oral y otros métodos de TRO.

A pesar del inicio temprano de TRO en Guatemala, el uso de la terapia ha sido muy bajo. Los estudios hechos hasta 1985 indican que las sales no están disponibles fácilmente y el uso de las mismas era limitado. Un estudio CAP en comunidades hecho por el MSPAS e INCAP encontró que para los casos de diarrea en los cuales los servicios de salud fueron consultados sólo 7% de los tratamientos recomendados fueron sales de rehidratación oral, el resto fueron medicinas menos efectivas.[6] El estudio de 1986 de las áreas centinelas encontró que sólo 3.5% de los niños con diarrea habían sido tratados con suero oral, mientras que 43% habían comprado medicinas.[7]

Una evaluación de la eficiencia de los servicios del MSPAS de 1985 encontró bajos niveles de eficiencia en capacitación y logística en el programa de TRO.[8] Este estudio calcula que la eficiencia de la capacitación en los puestos de salud es de 22%. Los servicios de salud de niveles superiores tenían una eficiencia de capacitación de 48% a 67%. La eficiencia de logística medida por la falta de equipo para TRO, sales, etc., se calificó como efectiva en un 60%.

Un estudio CAP reciente de proveedores evaluó el conocimiento, actitud y práctica de varias intervenciones de supervivencia infantil, incluyendo TRO, inmunizaciones y lactancia materna, en una muestra de proveedores de salud. La muestra incluyó aproximadamente la mitad de médicos y la otra mitad de trabajadores de salud asalariados.[9] A pesar de la gran cantidad de capacitaciones en TRO que habían recibido estos proveedores, el informe concluyó que el conocimiento sobre las causas y signos de diarrea y deshidratación era en general bajo. El estudio mostró que los médicos aún preferían el tratamiento intravenoso sobre las sales de rehidratación oral, a pesar de la evidencia de que sólo TRO es un tratamiento efectivo en más del 90% de los casos. Los médicos también preferían recetar soluciones comerciales caras en lugar de los sobres de UNICEF/OMS disponibles en la mayoría de servicios de salud.

El conocimiento de soluciones caseras fue muy contradictorio y se encontró una falta de material educativo para enseñar a las madres el uso de TRO. Esto sugiere que la suposición de que la distribución de suero oral y el conocimiento de los trabajadores sobre TRO sean suficientes para ampliar su uso puede estar errada.

El estudio CAP del MSPAS e INCAP en las comunidades se ha completado pero los datos sobre el uso de TRO aún no están analizados. Sería importante saber más sobre el uso de sales de rehidratación oral después de que las madres se las dan a los niños. Este conocimiento puede ayudar al MSPAS para desarrollar formas de capacitación y educación en salud para mejorar el uso adecuado de TRO en el hogar.

---

6 **MSPAS e INCAP, Encuesta nacional comunitaria de conocimientos, actitudes y prácticas de salud materno-infantil.** 1987.

7 **MSPAS e INCAP, Encuesta nacional simplificada de salud y nutrición materno infantil.** 1986

8 **MSPAS, Evaluación de las Condiciones de Eficiencia Materno-Infantil**

9 **Kjell Enge and Polly Harrison, Maternal-child Health Providers in Guatemala: Knowledge, Attitudes, and Practices.** PRITECH, 1987.

Otro eslabón clave en la cadena de promoción de TRO es la supervisión de los trabajadores de salud. Los supervisores deben estar alerta de la necesidad de promover la práctica de TRO y proporcionar educación en salud efectiva.

También puede haber un problema con la estrategia de canalización que involucra visitas domiciliarias por los TSRs y promotores de salud voluntarios. Esta estrategia puede haber impuesto una carga tan pesada a los trabajadores de salud por las diferentes actividades (PAI, TRO, monitoreo de crecimiento, alimentación y nutrición, saneamiento ambiental,etc.) que pueden perderse las prioridades de cualquier actividad.[10]

5.1.5.3 Enfermedades prevenibles por inmunización

5.1.5.3.1 Resumen y estado

Las seis enfermedades inmuno-prevenibles que se han enfatizado en los programas de supervivencia infantil son sarampión, tos ferina, tétano, poliomielitis, difteria y tuberculosis. Las primeras cinco enfermedades afectan principalmente a niños menores de cinco años y son causas importantes de incapacidad y muerte en este grupo etario. La tuberculosis también se incluye en los programas de supervivencia infantil debido a su alta incidencia entre las mujeres en edad reproductiva.

Aunque Guatemala ha logrado una disminución de 69.8% en las tasas de mortalidad de las enfermedades inmuno-prevenibles entre 1971 y 1983, estas tasas continúan estando entre las más altas de América Latina.

De 1975 a 1984 el sarampión fue una de las diez principales causas de mortalidad general en Guatemala.[11] (Cuadro 5.12) Su efecto en la mortalidad infantil es especialmente devastador, alcanzando tasas de 220 por 100,000 niños menores de un año. Esta tasa pudo haber aumentado significativamente entre 1980 y 1983 como se muestra en el Cuadro 5.13. Sin embargo, debe hacerse notar que la tendencia aparente puede ser resultado del mejoramiento de reporte de las enfermedades inmuno-prevenibles después del inicio de los programas de supervivencia infantil. Aún así, la importancia de la mortalidad por sarampión es evidente.

---

10 **Harrison, Cross, et al. Immunization/ORT/Child Survival Program, Guatemala. Project Paper Supplement.** PRITECH. Draft 1987

11 **MSPAS: Memoria de Labores, 1984.**

CUADRO 5.12

Mortalidad Asociada a Sarampión en Guatemala 1975 - 1984

Año	Lugar	No. de Muertes	Tasa por 100,000	PMR %
1975	5	5,319	82	6.1
1976	3	7,003	105	7.6
1977	6	4,644	67	5.8
1978	7	2,027	28	3.2
1979	4	4,890	66	6.9
1980	8	1,766	23	2.5
1981	8	2,214	30	3.1
1982	7	3,247	42	4.2
1983	6	2,340	30	3.1
1984	7	3,247	46	4.2

Fuente: OPS: Guatemala. Volume II, 1985.
MSPAS: Memoria de Labores, 1984.

CUADRO 5.13

Mortalidad Asociada a Sarampión por Grupo Etario
Tasa por 100,000 Habitantes por Grupo Etario - Guatemala

	1980		1981		1982		1983	
Edad	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
0 - 1 año	462	161	629	206	786	220	663	220
1 - 4	1,004	95	1,160	112	1,783	158	1,252	111
5 - 14	245	10	328	16	548	27	325	15
15 and +	55	1	97	2	130	3	100	2
TOTAL	**1,766**	**23**	**2,214**	**30**	**3,247**	**42**	**2,340**	**30**

Fuente: Unidad de Informática. Dirección General de Servicios de Salud. OPS: Guatemala. Volume II, 1985.

La tos ferina, como el sarampión, está asociada con altas tasas de mortalidad infantil. Ha sido una de las diez principales causas de muerte por varios años en Guatemala. (Cuadro 5.14) Aunque la mortalidad por tos ferina aparentemente disminuyó más que por sarampión, las tasas todavía están muy altas para el grupo de menores de cinco años. En 1983, la tasa de mortalidad por tos ferina para niños menores de un año fue de 181 por 100,000. (Cuadro 5.15).

Tanto la mortalidad por tos ferina como por sarampión están heterogéneamente distribuídas en el país (Cuadro 5.16). Las tasas para ambas enfermedades son especialmente altas en los departamentos del altiplano donde se concentra la población mayense.

Una disminución importante (71.8%) en la mortalidad debido a tétanos se observó de 1971 a 1980 (Cuadro 5.17). Sin embargo, la mortalidad parece haberse triplicado de 1.1 en 1980 a 3.3 por 100,000 en 1983. Este aumento parece ser de especial importancia para los infantes, que tuvieron una tasa de mortalidad de 50.5 por 100,000 en 1983, una tasa de mortalidad 18 veces más alta que la de 1980 (2.8 por 100,000). (Cuadro 5.18) Nuevamente, estos datos de tendencia deben tomarse con cuidado dadas las mejoras en el reporte de las enfermedades durante este período.

La poliomielitis no es generalmente una causa de mortalidad. En Guatemala, las tasas de mortalidad por poliomielitis se han registrado durante los últimos 15 años. (Cuadro 5.19)

La mortalidad por poliomielitis se encuentra más frecuentemente en niños menores de cinco años. Durante 1983, 73% de las muertes relacionadas con poliomielitis se encontraron en ese grupo etario, especialmente en niños de uno a cuatro años. Sin embargo, en 1971 y 1980 se encontró mayor mortalidad en infantes (Cuadro 5.20). Se observan disminuciones importantes desde 1971 a 1983 para infantes (89%) y para niños de uno a cuatro años (52%).

Los principales problemas de salud asociados con poliomielitis son las secuelas en forma de parálisis. De todos los casos infectados con el poliovirus, sólo 5% progresan a la etapa que puede producir una incapacidad temporal o permanente, y 5% desarrolló síntomas leves que no causaron parálisis. La muerte es rara y se debe a complicaciones como daño neurológico severo, que puede a su vez producir parálisis de músculos vitales.

La información sobre el número de casos de polio muestra una importante disminución (63.5%) de 1971 a 1980. Sin embargo, durante 1980 y 1982 los brotes epidémicos en algunas regiones del país aumentaron el número de casos en estos años.

Las tasas de mortalidad por difteria han sido bajas en Guatemala. En los últimos años no se reportaron muertes por difteria. En 1971 y 1983, el número de muertes reportadas representaba una tasa de mortalidad de 0.4 y 0.1 por 100,000, respectivamente. Los niños menores de cinco años son los más afectados, especialmente los menores de un año. (Cuadro 5.21) Durante 1985 se reportaron ocho casos de difteria, seis de ellos en niños menores de cinco años.

CUADRO 5.14

Mortalidad Asociada con Tos Ferina
Guatemala 1971 - 1983

Año	Muertes	Tasa por 100,000
1971	2,975	53.6
1972	2,867	49.1
1973	1,299	21.5
1974	2,120	33.9
1975	1,346	20.8
1976	1,321	19.8
1977	1,291	18.7
1978	1,271	17.6
1979	1,412	19.0
1980	1,517	19.7
1981	1,358	19.4
1982	1,054	14.2
1983	1,085	13.7

Fuente: OPS: Guatemala. Volume II, 1985

CUADRO 5.15

Muertes Asociadas con Tosferina y Tasa de Mortalidad por 100,000 por Edad
Guatemala, 1980 - 1983

Edad	1980		1981		1983	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
0 - 1 año	718	250.0	514	168.0	532	181.0
1 - 4	671	59.0	443	43.0	436	39.0
5 - 14	81	3.3	80	3.9	84	3.0
15 and +	47	1.2	321	8.0	33	0.8
TOTAL	**1,517**	**19.0**	**1,358**	**18.0**	**1,085**	**13.7**

Fuente: Unidad de Informática. Dirección General de Servicios de Salud. OPS: Guatemala. Volume II, 1985.

CUADRO 5.16

Mortalidad por Sarampión y Tosferina por Departamento y Puesto Entre las 20 Causas Principales de Muerte - Guatemala - 1981

Departamentos	SARAMPION Muertes	SARAMPION Tasa [1]	TOSFERINA Muertes	TOSFERINA Tasa [1]
Guatemala	188	11.5	0	0.0
Chimaltenango	47	19.2	54	22.1
Escuintla	55	12.1	0	0.0
Zacapa	0	0.0	26	19.2
Progreso	0	0.0	0	0.0
Chiquimula	16	8.2	28	14.3
Izabal	35	13.6	24	9.3
Jutiapa	15	5.0	0	0.0
Jalapa	8	5.4	0	0.0
Santa Rosa	0	0.0	22	9.7
Suchitepéquez	38	13.6	0	0.0
Retalhuleu	29	15.4	0	0.0
Quetzaltenango	147	36.1	105	25.8
Totonicapán	167	77.4	177	82.0
Sololá	34	21.5	53	33.5
El Quiché	184	47.1	102	26.1
Huehuetenango	272	56.0	269	55.4
San Marcos	254	50.4	166	32.9
Alta Verapaz	173	49.9	249	71.9
Baja Verapaz	31	22.4	46	33.2
El Petén	56	62.7	37	41.4
TOTAL	**1,749**	**25.0**	**1,358**	**19.4**

[1] Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Departamento de Bioestadística, Dirección General de Servicios de Salud. PAHO: Guatemala. Volume II, 1985.

CUADRO 5.17

Mortalidad por Tétano
Guatemala 1971 - 1983

Año	Muertes	Tasa por 100,000
1971	215	3.9
1972	235	4.0
1973	214	3.5
1974	176	2.8
1975	187	2.9
1976	184	2.7
1977	179	2.6
1978	164	2.3
1979	66	0.9
1980	87	1.1
1982	-	3.0
1983	266	3.3

Fuente: OPS: Guatemala. Volume II, 1985
AID: Guatemala. Project Paper, Immunization/Child Survival. AID/LAC/P-267. 1985.

CUADRO 5.18

Tasa de Mortalidad por 100,000 Asociada a Tétano por Edad
Guatemala, 1980 y 1983

	1980		1983	
Edad	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
0 - 1 año	8	2.8	148	50.5
1 - 4	10	0.9	16	1.4
5 - 14	7	0.3	15	0.7
15 and +	62	1.6	87	1.9
TOTAL	**87**	**1.1**	**266**	**3.3**

Fuente: OPS: Guatemala. Volume II, 1985.

CUADRO 5.19

Mortalidad Asociada a Poliomielitis
Guatemala 1971 - 1983

Año	Muertes	Tasa por 100,000
1971	78	1.4
1972	58	1.0
1973	49	0.8
1974	42	0.7
1975	10	0.1
1976	. 14	0.2
1977	13	0.2
1978	36	0.5
1979	23	0.3
1980	37	0.5
1981	31	0.4
1982	N.D.	N.D.
1983	41	0.5

Fuente: OPS: Guatemala. Volumen II, 1985

CUADRO 5.20

Mortalidad Asociada a Poliomielitis por Edad
Guatemala, 1971, 1980 y 1983

Edad	1971		1980		1983	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
0 - 1 año	19	9.2	11	3.9	3	1.0
1 - 4	40	5.2	14	1.3	30	2.7
5 - 14	-	-	9	0.4	4	0.2
15 y +	-	-	3	0.1	4	0.1
TOTAL	**78**	**1.4**	**37**	**0.5**	**41**	**0.5**

Nota: Tasa por 100,000
Fuente: OPS: Guatemala. Volumen II, 1985.

CUADRO 5.21

Mortalidad por Difteria por Grupo Etario, Tasa por 100,000
Guatemala, 1971, 1980 y 1983

Edad	1971		1980		1983	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
0 - 1 año	5	2.4	0	0.0	4	1.4
1 - 4	10	1.3	0	0.0	3	0.3
5 - 14	7	-	0	0.0	3	0.1
TOTAL	**22**	**0.4**	**0**	**0.0**	**10**	**0.1**

Fuente: OPS: Guatemala. Volumen II, 1985.

Durante los últimos 12 años no se ha mencionado la tuberculosis entre las diez principales causas de mortalidad en el país. En 1983, se registraron 951 muertes, dando una tasa de fatalidad de 12.1 por 100,000 habitantes y 1.2% de la mortalidad total.

La distribución de la mortalidad por tuberculosis por edad se muestra en el Cuadro 5.22. Aunque los niños no están en la categoría de alto riesgo, las mujeres en edad fértil de 15 a 40 años están en el grupo de mayor incidencia. Las área de población mayense tienen menores tasas de infección, pero esto puede ser reflejo de la falta de servicios de diagnóstico.

Desde la revisión de 1985 de OPS, no se han hecho estudios para describir las características epidemiológicas de TB en el país, tales como sexo, edad, distribución geográfica, grupo étnico, condiciones socio-económicas, contactos dentro del grupo familiar, asociación con desnutrición, etc. Estos estudios se necesitan para planificar mayor trabajo de control.

5.1.5.3.2 Niveles de inmunización

En 1972 empezaron las campañas verticales anuales de vacunación, y en 1978 iniciaron las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Durante 1982, la cobertura de segunda dosis de vacunas de polio y DPT fue menor al 46% para infantes y menos de 53% para niños menores de cinco años. En relación a sarampión, sólo se logró una cobertura de 12.2% en infantes y menos de 43% en niños menores de cinco años. Las coberturas por departamento muestran gran variación entre departamentos.

En 1983, la Encuesta de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil evaluó la cobertura de inmunización en niños menores de cinco años.[12] Los resultados de la encuesta[13] muestran que la cobertura de inmunización oscila entre 33% y 53% para poliomielitis, DPT y sarampión. Los porcentajes más bajos de inmunización se encontraron en niños menores de dos años para DPT y poliomielitis, y en niños menores de un año para sarampión (Cuadro 5.23). Los niños mayenses no tenían completa la inmunización primaria. Los niveles de inmunización de los niños ladinos de la ciudad de Guatemala fueron más altos que los de los niños ladinos o mayenses del interior del país, con excepción de los niveles de inmunización contra sarampión de los niños ladinos del interior del país (Cuadro 5.24). El porcentaje más alto de inmunización contra sarampión en todos los grupos etarios se encontraron en los niños ladinos del interior del país. Esto sugiere que en este tiempo, por lo menos para algunas vacunas, las campañas de vacunación en el interior fueron más efectivas que las campañas y los servicios regulares del departamento de Guatemala. Estos resultados se confirmaron en una encuesta del Programa PAI en 1985. Una encuesta de cobertura que se llevó a cabo en 1987 puede proporcionar información comparativa.

CUADRO 5.22

Distribución de la Mortalidad por Tuberculosis por Edad

Edad	Muertes	% [1]	Tasa por 100 100,000 hab.	% [2]
< - 1	17	1.8	0.2	0.1
1 - 4	33	3.5	2.9	0.2
5 - 14	55	5.8	2.6	0.8
15-44	349	36.7	10.4	3.2
45-64	284	29.8	34.6	3.2
65 y más	213	22.4	96.7	1.6
TOTAL	**951**	**100.0**	**12.0**	**1.2**

1 Muertes totales por TBC.
2 Muertes totales por grupo etario.

Fuente: OPS: Guatemala. Volumen II, 1985.

12 APROFAM/CDC: **Guatemala Family Planning and Maternal and Child Health Survey.** 1983.

13 Ibid.

CUADRO 5.23

Porcentaje de Niños Menores de Cinco Años con Inmunización Completa Reportada de Polio, DPT y Sarampión, por Edad del Niño Guatemala, 1983

Inmunización	Total	< 1	1	2	3	4
			Edad del Niño			
Polio	33.4	5.3	28.0	43.2	48.3	43.5
DPT	33.0	5.5	28.3	42.8	46.7	42.9
Sarampión	53.0	11.3	54.4	66.0	69.0	65.7
No. de casos (unweighted)	(4,185)	(837)	(846)	(784)	(843)	(87.5)

Fuente: APROFAM/CDC: Guatemala Family Planning and Maternal and Child Health Survey, 1983.

CUADRO 5.24

Porcentaje de Niños Menores de Cinco Años Recibiendo Inmunización de Polio, DPT y Sarampión por Residencia, Grupo Etnico y Edad (Distribución Porcentual), Guatemala - 1983

	SARAMPION Porcentaje con Inmunización Completa [1]	POLIOMELITIS Porcentaje con Inmunización Completa	DPT Porcentaje con Inmunización Completa
Total	**53.0**	**33.4**	**33.0**
< 1	11.3	5.3	5.5
1	54.4	27.9	28.3
2 - 4	66.9	45.0	44.1
Departamento de Guatemala	**48.8**	**43.6**	**43.0**
< 1	8.9	14.0	14.3
1	47.4	48.3	48.6
2 - 4	62.5	51.7	50.6
Interior, Ladino	**60.4**	**38.3**	**37.8**
< 1	11.3	3.0	3.6
1	62.2	27.4	27.7
2 - 4	76.5	53.9	27.7
Interior, Mayense	**45.8**	**19.2**	**18.9**
< 1	13.0	2.4	2.1
1	49.0	13.8	14.1
2 - 4	56.6	27.3	26.8

[1] Tres o más dosis.
Fuente: APROFAM/CDC: Guatemala Family Planning and Maternal and Child Health Survey, 1983.

En una perspectiva regional comparando los niveles de las encuestas de Guatemala[14] con los resultados de 1979 y 1981 de Panamá [15] y Honduras [16] respectivamente, los

[14] Ibid.

[15] Huezo Carlos. 1982. **Knowledge and Use of Male and Female Sterilization in Latin America.** Presented at a conference on vasectomy, Colombo, Sri Lanka, October 4-7, 1982.

niveles en Honduras y Guatemala fueron similares. Sin embargo, los niveles en Panamá fueron más altos que los de Guatemala y Honduras (Cuadro 5.25).

Un área de inmunización que tiene una cobertura muy baja es la de toxoide tetánico en mujeres embarazadas. Sólo 0.4% estaban cubiertas en 1985.[17] Un programa de cobertura para todas las mujeres en edad fértil podría disminuir significativamente la incidencia de tétanos neo-natal.

5.1.5.3.3 Cobertura de tuberculosis

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Agudas del MSPAS es actualmente el responsable de los programas de control de tuberculosis del Ministerio. Esta campaña contra la tuberculosis inició en 1955 como un programa vertical pero fue transformado en un programa horizontal coordinando todas las actividades del Ministerio en 1962. El número total de centros, puestos de salud y hospitales integrados al sistema fue de 856 para 1985, casi la totalidad de servicios del país.

Los datos sobre la cobertura del Programa Nacional de Control de Tuberculosis se presentan en el Cuadro 5.26. Entre 1978 y 1982 la cobertura total nunca excedió 30% de la población meta. Más recientemente, en 1984, 291,666 personas fueron vacunadas en el programa contra la tuberculosis, un aumento de las 237,259 de 1983. En 1984 el Plan de Inmunización Nacional vacunó a 139,305 niños de primer ingreso en las escuelas y a 11,254 infantes menores de un año, pero estas cifras no se integran al total nacional.

Las limitaciones mas importantes del programa contra la tuberculosis aparentan ser la falta de una detección de casos activos y la asociación de factores ambientales o relacionados a la distribución e intensidad de turberculosis en el país, y la falta de coordinación entre las agencias y programas que proporcionan la vacuna BCG a los niños. El apoyo administrativo en la coordinación del programa de inmunización debe proporcionar más resultados efectivos.

---

16 Suazo Margarita, Rodolfo Aplicano, Gladys Gómez, Miguel Calderón, Juana Martínez and John Novak. 1983. Honduras: **Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos - Resultados Generales**. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

17 MOH/PAHO **Immunization Coverage Survey**, Guatemala, 1985.

CUADRO 5.25

Porcentaje de Niños Menores de Cinco Años con Inmunización Completa Reportada de Polio, DPT y Sarampión: Panamá, Honduras y Guatemala -- 1979, 1981 y 1983

Inmunización	Panamá (1979) [1]	Honduras (1981)	Guatemala (1983)
Polio	62.8	34.7	33.4
DPT	61.0	33.4	32.9
Sarampión	67.3	50.7	52.9
No. de casos	(2,399)	(1,953)	(4,190)

Fuente: APROFAM/CDC: Guatemala Family Planning and Maternal and Child Health Survey, 1983.

CUADRO 5.26

Programa Nacional de Control de Tuberculosis, por Edad e Indices por Edad

Edad	4	5-9	10-14	15-24	25 y más	Total
1978	683.0	694.0	3,073.0	10,122.0	7,470.0	22,042.0
%	3.1	3.1	13.9	45.9	33.9	29.4
1979	120.0	184.0	3,949.0	7,760.0	7,248.0	19,261.0
%	0.6	0.9	20.5	40.3	37.6	27.9
1980	125.0	161.0	1,873.0	4,203.0	5,226.0	11,588.0
%	1.2	1.4	16.2	36.3	45.1	25.7
1981	176.0	178.0	2,944.0	7,178.0	6,893.0	17,324.0
%	1.0	1.0	17.0	41.4	39.8	27.0
1982	141.0	197.0	2,537.0	5,505.0	6,621.0	15,201.0
%	0.9	1.3	16.7	36.2	43.6	28.5

Fuente: Boletín de la División de Tuberculosis.

5.1.5.3.4 Programas de Inmunización

En años recientes el Programa Ampliado de Inmunizaciones ha sido fortalecido y ampliado a través de las iniciativas de varios donantes. OPS ha tomado la iniciativa de apoyar una estrategia especial para la inmunización en la canalización. UNICEF ha proporcionado vacunas y asistencia técnica para PAI, así como la promoción de las Jornadas de Vacunación de 1986. AID está financiando un proyecto de supervivencia infantil que inicialmente se enfocó en el fortalecimiento de estos programas de inmunización. Este proyecto se ampliará para dar énfasis en el mejoramiento del apoyo administrativo para las actividades de inmunización, así como otras intervenciones de supervivencia infantil.

El centro del énfasis en supervivencia infantil ha sido la estrategia de canalización. Originalmente implementada en Colombia, esta estrategia fue diseñada para proporcionar actividades continuas de extensión a las comunidades por trabajadores de salud y voluntarios a nivel de la comunidad. Utilizando un censo inicial para establecer el programa domiciliar estos trabajadores de salud promueven activamente y monitorean la cobertura de inmunizaciones en sus comunidades. La canalización fue promovida inicialmente por OPS como un programa piloto en Escuintla en 1984 y ha sido adoptado desde entonces como una estrategia primaria nacional de supervivencia infantil. No fue una estrategia totalmente nueva para Guatemala, donde los programas de atención primaria en salud de los años setenta también utilizaron una variedad de mecanismos de extensión, con voluntarios y trabajadores de salud asalariados. Sin embargo, ahora se está promoviendo en un programa continuo y sistemático.

Al inicio, el programa de canalización se basaba en la estructura establecida del PAI y se enfocó a aumentar la cobertura de inmunización de las seis enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión, tos ferina, tétano, difteria, polio y tuberculosis). Desde entonces, se ha ampliado para incluir TRO y otras actividades de salud materno-infantil, como control pre-natal.

La estrategia de canalización ha sido criticada por poner una mayor carga a los trabajadores de salud de nivel comunitario que ya están sobrecargados.[18] También requiere mejoras importantes en la supervisión y logística como la cadena de frío, así como la provisión de viáticos y gastos de transporte para los trabajadores de salud. Debido a que la supervisión, logística, transporte y viáticos son áreas de gran debilidad administrativa y financiera en el MSPAS, la canalización impone requerimientos adicionales que deben ser atendidos efectivamente por el programa. Aún así, es probable que esta estrategia continúe siendo la estrategia principal de entrega de servicios del MSPAS. Todos los donantes apoyan el programa de supervivencia infantil y lo consideran la base para la entrega de servicios. Parece que el MSPAS está comprometido a su continuidad.

---

18 Polly Harrison, et.al., **Immunization/ORT/Child Survival Program, Guatemala. Project Paper Supplement, Concept Development.** PRITECH, 1987.

La estrategia de canalización está combinada con otras estrategias de inmunización, como las "mini-concentraciones" o la técnica de puestos de vacunación en áreas de baja densidad poblacional y la vacunación masiva en las Jornadas de Vacunación que se implementaron en 1986.

Las Jornadas de Vacunación fue un programa promovido por UNICEF como un medio rápido de mejorar los niveles de cobertura en dos días de vacunación en los meses de mayo, julio y agosto de 1986. Los logros de estas campañas masivas fueron limitados. La cobertura alcanzada para las tres vacunas (polio, DPT y sarampión) fue entre 31% y 45% de la población meta por grupo etario.[19] El costo directo estimado para este ejercicio fue de $1,149,615. Aunque la evaluación del MSPAS sugiere que las campañas masivas son compatibles con otras estrategias de inmunización, está claro que las campañas interrumpieron los programas normales del Ministerio durante sus etapas de planificación e implementación. Una revisión del Proyecto de Supervivencia Infantil de AID sugiere que las campañas masivas son una de las razones de la lenta implementación de este proyecto y por la disminución general de la implementación de canalización en 1986.[20] Está claro que la competencia entre donantes con diferentes enfoques ha fragmentado los esfuerzos de inmunización dentro del MSPAS.

Un estudio reciente de los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores encontró varios puntos débiles en la implementación de las estrategias de inmunización.[21] El conocimiento de las prácticas correctas para administrar, manejar y almacenar las vacunas fue muy diferente, en especial la falta de conocimiento sobre el toxoide tetánico. Estos hallazgos sugieren que a pesar de las campañas masivas y el actual énfasis en canalización, los proveedores aún necesitan capacitación continuada y supervisión para cumplir las normas de los programas de inmunización. Otros estudios recientes, incluyendo el CAP a nivel comunitario y la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil que se están realizando actualmente proporcionarán información adicional para programas futuros.

5.1.5.4 Enfermedades respiratorias

5.1.5.4.1 Infecciones respiratorias superiores

Las infecciones respiratorias representan uno de los problemas de salud más serios en Guatemala. Estas infecciones y las enfermedades diarréicas generalmente son dos de las causas principales de mortalidad en el país. En 1983, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias fue de 165.3 por 100,000 y fue 17.2% de la mortalidad general. De estas enfermedades, las dos causas de muerte más común fueron influenza y neumonía, juntas causando 83.9% de las muertes asociadas con el aparato respiratorio, y 14.5% del total de muertes en 1983, año del que se tienen disponibles las últimas estadísticas. (Cuadro 5.27)

---

19 MSPAS. **Evaluación: Jornadas Nacionales de Vacunación, 1986.**

20 Harrison, op.cit.

21 Kjell Inge and Polly Harrison. **Maternal-child Health Providers in Guatemala: Knowledge, Attitudes, and Practices.** PRITECH. Guatemala 1987.

CUADRO 5.27

Tasa de Mortalidad por Enfermedades Respiratorias, 1983

Enfermedad	Muertes	%	Tasa por 100,000
Enfermedades del Aparato Superior	294	2.3	3.7
Neumonía	9,634	73.5	121.5
Influenza	1,404	10.7	17.7
Bronquitis Crónica y no Específica, enfisema y asma 1,225	9.4	15.5	
TOTAL	**13,000**	**100.1**	**165.3**

Fuente: Unidad de Informática, IGSS.

En 1983, 22.1% de las muertes entre niños menores de un año y 18.1% de las muertes entre uno y cuatro años fueron atribuídas a enfermedades respiratorias (Cuadro 5.28). De todas las muertes reportadas asociadas con el aparato respiratorio (11,038 en 1983), el 62% ocurrieron en menores de cinco años. Considerando que sólo 32% de las muertes son certificadas por causa médica, se debe asumir que hay un alto grado de sub-registro, quizás mayor entre la población joven y con certeza en la población del área rural.[22] Por lo tanto, el impacto completo de las infecciones respiratorias sobre la población del área rural se desconoce. Desafortunadamente, las estadísticas de las condiciones geográficas y ecológicas asociadas con la distribución de casos no están disponibles.

Para aquellos que tienen acceso a los servicios médicos, los niños menores de cinco años representan el 37.2% de las consultas, 14.8% siendo menores de un año. Por grupos etarios, el mayor número de consultas es requerido por niños menores de un año, seguido por el grupo de uno a cuatro años. (Cuadro 5.29) En conjunto, estos dos grupos también muestran la mayor mortalidad de los que son tratados.

Debido a la lentitud de los servicios de laboratorio de microbiología, la etiología de las infecciones del aparato respiratorio superior no se conoce, pero OPS estima que hasta un 95% pueden deberse a agentes virales.

Es difícil hacer recomendaciones generales en relación al control de las enfermedades respiratorias y sus consecuencias, excepto identificar la gran necesidad de diagnóstico y tratamiento sintomático en las etapas iniciales. Cuando se pueda identificar el

22 USAID: "**Technical Analysis, National ORT Program, Guatemala,**" Guatemala, December, 1985.

origen como bacterial, se necesitan antibióticos. Sin embargo, los programas diseñados para mejorar los niveles de nutrición y disminuir la transmisión, a través de la educación en salud y condiciones de vivienda mejoradas, son adecuados.

5.1.6 RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La diarrea continúa siendo la causa principal de mortalidad infantil en Guatemala. En 1983, las enfermedades gastrointestinales fueron responsables de 72.2 muertes por 10,000 niños menores de cinco años. Las encuestas encuentran altos porcentajes de encuestados con niños que han tenido diarrea en las dos semanas previas al estudio.

Aunque parece que existe un esfuerzo significativo para mejorar la distribución de sales de rehidratación oral en todos los servicios de salud y hay planes para la producción local de las mismas, el Programa de Control de Enfermedades Diarréicas se está iniciando hasta ahora con apoyo de OPS, UNICEF y AID. Aún queda mucho por hacer para fortalecer este programa.

CUADRO 5.28

Mortalidad por Influencia y Neumonía por Grupo Etario, 1983

Edad	Muertes	% [1]	Tasa por 100,000	% [2]
< - 1	4,203	38.1	1,434.8	22.1
1 - 4	2,664	24.1	236.8	18.1
5 - 14	678	6.1	32.0	14.7
15 - 44	968	8.8	28.9	8.8
45 - 64	853	7.7	103.9	9.5
65 y más	1,644	14.9	746.1	12.1
Desconocida	28	0.3	-	11.6
TOTAL	**11,038**	**100.0**	**139.3**	**14.5**

1 Mortalidad por Influenza y Neumonía.
2 Mortalidad General.

Fuente: Unidad de Informática.

CUADRO 5.29

Morbilidad por Enfermedades Respiratorias por Grupos Etarios, 1983

Edad	% de Consultas por Enfermedades Respiratorias
< 1	14.9
1 - 4	22.4
5 - 14	21.7
15 - 44	24.3
45 - 64	10.2
65 y más	4.8
Desconocida	1.8
TOTAL	**100.0**

Fuente: Unidad de Informática, IGSS.

Primero, los estudios CAP que se han terminado necesitan ser analizados y discutidos por los proveedores de salud de todos los niveles del MSPAS y utilizados para fortalecer la capacitación, supervisión y educación en salud en TRO. Más estudios CAP de los trabajadores voluntarios de salud son necesarios para conocer los puntos fuertes y débiles de este nivel de proveedores de salud.

En segundo lugar, estudios de investigación operacional deben implementarse para evaluar los métodos alternativos de supervisión, educación en salud y otros vehículos de promoción para el uso de sales de rehidratación oral. Las recomendaciones que salgan de estos estudios deben ser implementadas en todos los niveles del MSPAS.

En tercer lugar, los costos de suministrar sobres de suero oral deben ser estudiados para evaluar la alternativa que está disponible para que el gobierno mantenga un suministro sin el apoyo de los donantes.

En cuarto lugar, un programa completo de control de enfermedades diarréicas debe ser desarrollado e implementado por el MSPAS.

Las enfermedades inmuno-prevenibles y respiratorias continúan siendo una de las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en Guatemala. La incidencia de mortalidad por estas enfermedades está entre las más altas para América Latina. El sarampión, la tos ferina y el tétanos, los cuales son prevenibles por vacunación, contribuyen significativamente a la mortalidad infantil. En 1983, las tasas para los niños menores de un año fueron de 220 por

100,000 para sarampión, 181 por 100,000 para tos ferina y 50.5 por 100,000 para tétanos. Las tasas de inmunización para estas enfermedades permanecen bajas, especialmente en las edades de alto riesgo. La cobertura de sarampión para niños menores de un añó fue de sólo 11.3% en 1983, y la cobertura de DPT fue de 5.5%. Sólo 0.4% de las mujeres embarazadas en 1985 recibieron el toxoide tetánico. Está claro que mejoras grandes en las inmunizaciones contra estas dos enfermedades tendrían un impacto significativo en mejorar los niveles de mortalidad infantil.

Aunque las tasas de mortalidad para las otras enfermedades inmuno-prevenibles no están altas, éstas presentan problemas de salud que pueden disminuirse a través de programas de inmunización efectivos. En 1983, el número de muertes por difteria fue de 0.1 por 100,000, para polio fue de 0.5 y para tuberculosis de 12.0. La cobertura de polio fue de sólo 33.4% y la de BCG de 28.5%.

Además de las enfermedades inmuno-prevenibles, las enfermedades respiratorias superiores también son una causa importante de mortalidad y morbilidad en niños. En 1983, 22.1% de las muertes de niños menores de un año se atribuyeron a enfermedades respiratorias. Estas enfermedades son más difíciles de prevenir que las enfermedades para las cuales existen vacunas. El tratamiento con antibióticos es efectivo sólo en un número limitado de casos que necesitan diagnóstico de laboratorio para confirmarse. Programas más amplios de atención primaria en salud, especialmente nutrición y educación en salud, así como programas de mejoramiento de la vivienda, son necesarios para disminuir la mortalidad debido a estas enfermedades.

En años recientes, Guatemala ha iniciado, con apoyo considerable de donantes, varios programas para tratar los problemas de las enfermedades inmuno-prevenibles. Primero, el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1978, y luego el actual Programa de Supervivencia Infantil, que han enfatizado el enfoque continuo de canalización, así como campañas de vacunación en 1986. Hasta la fecha, estos programas han tenido un éxito limitado. La cobertura para las cuatro inmunizaciones (sarampión, DPT, polio y BCG) permanece baja, entre 3% y 45%, lo que no es suficiente para disminuir significativamente la incidencia de estas enfermedades como lo demuestran las altas tasas de sarampión, tos ferina y tétano. Parte de los problemas de los programas de inmunización ha sido la falta de definición entre los diferentes enfoques de los donantes.

La canalización, que hace énfasis en los programas continuos de extensión a nivel de la comunidad, es prometedora, aunque existen algunas dudas sobre si la canalización impone una mayor carga a los trabajadores de salud de nivel comunitario. En cualquier caso, la estrategia requiere que se fortalezca, mejorando la supervisión, capacitación, apoyo logístico y la educación en salud a nivel de comunidad. Los estudios CAP recientes muestran que el conocimiento de estas enfermedades y las prácticas de inmunización de los proveedores es diferente y requiere de capacitación de refuerzo y supervisión. Información adicional sobre el conocimiento y las prácticas de la comunidad deben estar disponibles de otros estudios que actualmente se están ejecutando. Estos estudios pueden formar una base para mejorar el programa de inmunización del MSPAS. Métodos alternativos como los puestos de vacunación pueden ser considerados en áreas de menor densidad poblacional.

48.9 a 37.0 nacidos vivos por cada 1,000 habitantes.[23] (Cuadro 5.30) Sin embargo, en 1982, la tasa de nacimientos en Guatemala (38.2) todavía estaba por encima de la tasa promedio para Centro América, para el mismo año (37.9), así como para el resto de América Latina (37.9) para el período de 1975 a 1980.

CUADRO 5.30

Tendencia de la Tasa de Nacimientos y Porcentaje de Disminución - Guatemala, 1953 - 1983

Período	Tasa Promedio de Nacimientos Por 1,000 Nacidos Vivos	Porcentaje de Disminución Entre Períodos
1953 - 1957	48.9	
1958 - 1962	47.3	0.7
1963 - 1967	45.9	0.6
1968 - 1972	42.5	1.5
1973 - 1977	41.9	0.3
1982	38.2	1.8
1983	37.0	3.2

Fuente: OPS, Guatemala: **Recopilación y Ordenamiento de Información para Diagnóstico de la Situación de Salud y su Relación con el Desarrollo Económico.** Volumen II, 1985.

Las tasas de fecundidad general de Guatemala han disminuído sólo en 22% desde el período de 1950-55 (7.9 niños) hasta el período de 1980-85 (6.1 niños). (Cuadro 5.31). Además, Guatemala mostró, consistentemente, tasas más altas que el promedio para Centro América y América Latina para los mismos períodos. En relación a las tendencias por grupo etario, la disminución más alta se encontró en los grupos de 45-49 (37% de disminución), de 15-19 (16.7% de disminución) y de 35-39 años (12.9% de disminución). El resto de grupos etarios mostraron una disminución menor al 10%. (Cuadro 5.32). Está claro que los grupos etarios de 20-29 continúan teniendo más niños que las mujeres de mayor y de menor edad. La proporción más alta de nacimientos (29%) se encontró en mujeres con más de cinco niños vivos. Más aún, el 51.4% de los nacimientos de mujeres de 25 años de edad y más eran de mujeres que tenían más de cinco niños vivos.[24]

Tasas de fecundidad más altas del 10 al 25% de la tasa para el departamento de Guatemala se han observado en los departamentos de El Progreso, San Marcos, Huehuetenango, El Quiché, El Petén, Jalapa, y Jutiapa (2-3 niños más que en el departamento de Guatemala), los

23 **OPS. Guatemala: Recopilación y Ordenamiento de Información para Diagnóstico de la Situación de Salud y su Relación con el Desarrollo Económico. Volumen II, 1985.**

24 **MSP. Memoria de Labores, Año 1982, Guatemala, 1983.**

cuales tiene mayores concentraciones de población rural e indígena que el resto de departamentos del país. (1971-80).[25]

CUADRO 5.31

Tasas [1] de Fecundidad General en Guatemala, Centro América y Latino América, 1950 - 1955

Período	Guatemala	Centro América	Latino América
1950 - 1955	7.90	6.82	5.90
1955 - 1960	6.93	6.91	5.93
1960 - 1965	6.85	6.91	5.97
1965 - 1970	6.60	6.56	5.53
1970 - 1975	6.45	6.16	5.05
1975 - 1980	6.40	5.72	4.56
1980 - 1985	6.13	5.24	4.16

[1] Número promedio de Niños por Mujer de 15 - 49 Años.

Fuente: OPS, Guatemala: **Recopilación y Ordenamiento de Información para Diagnóstico de la Situación de Salud y su Relación con el Desarrollo Económico.** Volumen II, 1985.

CELADE (1983): Dirección General de Estadística y Censos.

[25] **Ibid.**

CUADRO 5.32

Tasas Generales de Fecundidad [1] por Edad, Guatemala 1950 - 1980
Número de Niños por 1,000 Mujeres

Grupo Etario	1950 1955	1955 1960	1960 1965	1965 1970	1970 1975	1975 1980	Reducción de % Desde 1950 - 1980
15 - 19	174	166	161	150	143	145	16.7
20 - 24	313	314	315	311	304	298	4.8
25 - 29	321	317	315	307	301	299	6.9
30 - 34	280	269	264	254	256	255	8.9
35 - 39	209	205	203	193	184	182	12.9
40 - 44	93	91	89	85	84	84	9.7
45 - 49	27	24	23	19	18	17	37.0
Tasa General de Fecundidad							
Tasa [1]	7.9	6.93	6.85	6.60	6.45	6.40	9.7

[1] Número promedio de niños por mujer de 15 - 49 años.

Fuente: Dirección General de Estadística y CELADE, 1983.

Una evaluación socioeconómica en relación a la tasa de fecundidad para 1980 mostró que 85.8% de las mujeres en el país con una tasa de fecundidad de seis niños pertenecían al sector agrícola. Este grupo tiene un alto porcentaje (70.9%) de todos los nacidos vivos entre las mujeres de 15-49 años de edad. Además, en este grupo el 98.1% de las mujeres tenían menos de tres años de educación primaria formal.[26]

5.2.2 ANTICONCEPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Desde 1976, se han realizado encuestas en Guatemala para determinar la fecundidad y el uso de anticonceptivos. La encuesta más reciente que se completó fue en 1983 y será seguida de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil que se completará en 1987. Estas encuestas han mostrado que para 1983 sólo el 25% de las mujeres en unión estaban utilizando anticonceptivos. Esta tasa es de las más bajas en los países de Centro América para los cuales hay datos comparables.[27]

---

26 Ibid.

27 APROFAM, **Encuesta Nacional de Fecundidad, Planificación Familiar y Comunicación de Guatemala, 1978 y Encuesta Nacional de Fecundidad, Planificación Familiar, Salud Materno Infantil y Comunicación de Guatemala 1983**. Además, Richard Monteith, et. al., "Uso de Anticonceptivos y Fecundidad en Guatemala," **Studies in Family Planning**, Septiembre/Octubre, 1985.

Quizás lo más sorprendente fueron las diferencias regionales y étnicas en el uso de anticonceptivos. En el departamento de Guatemala, predominantemente población ladina, 49% de las mujeres en unión eran usuarias de anticonceptivos. En contraste, en poblaciones ladinas fuera de la capital, sólo el 28% eran usuarias. Más sorprendente, sin embargo, fue el uso extremadamente bajo por la comunidad mayense, donde sólo el 4.6% de las mujeres en unión eran usuarias de anticonceptivos (Cuadro 5.3.5.).

La baja tasa de uso para las mujeres mayenses ha permanecido relativamente constante entre las encuestas de 1978 y 1983, aproximadamente 4%, mientras que las tasa de uso han aumentado significativamente para las mujeres ladinas. Parte de la explicación viene de las diferencias en conocimientos. En 1983, más del 90% de las mujeres ladinas tenían conocimiento de los métodos anticonceptivos, mientras que sólo el 50% de las mujeres indígenas lo tenían.[28]

El método anticonceptivo más prevalente encontrado en la encuesta de 1983 fue la esterilización femenina (10%). El segundo método más utilizado, los anticonceptivos orales, tenía una prevalencia baja de 5%, seguido por el método del ritmo, el dispositivo intrauterino (DIU), preservativos y otros métodos como la inyección, tabletas vaginales y la esterilización masculina.

CUADRO 5.33

Fecundidad y Distribución de Mujeres en Edad Fértil por Grupo Socio-económico, Grado de Escolaridad, y Ubicación Geográfica - Guatemala, 1980

Tasa General de Fertilidad	% Mujeres de la Pob. Total	% de Nacimiento	Grup.Socio-económic. Agrícola	No Agric.	Otro	Total	Educación p/Madres 0-3	4-6	7 y+	Total	Ubicación Geográfica Ciudad Guate.	Otra Urbana	Rural	Total
6 ó más	59.2	70.9	85.8	13.6	0.6	100	98.1	1.9	0.0	100	0.0	9.7	90.3	100
(5.0-5.9)	12.5	11.3	21.5	68.9	9.6	100	63.1	36.0	0.0	100	14.8	50.9	34.3	100
(5.0-4.5)	13.9	10.1	7.8	87.0	5.2	100	27.1	69.3	3.6	100	62.7	33.7	3.6	100
(3.0-3.9)	14.4	7.7	4.7	46.2	49.1	100	0.0	11.1	88.9	100	69.0	26.9	4.1	100
TOTAL	**100.0**	**100.0**												

Fuente: MSPAS. **Memoria de Labores, Año 1982.** Guatemala, 1983.

28 Pineda, M.A., y Guerra, S. **"Encuesta de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil"**, APROFAM y CDC, Guatemala, 1983.

CUADRO 5.34

Residencia/Grupo Etnico

Usuarios Actuales y Método	Total	Dept.de Guatemala	Interior Ladin	Interior Mayense	Grupo Etario (años) 15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Uso actual	25.0	49.0	28.8	4.6	9.3	15.8	29.6	32.3	31.3	28.4
Esterilización femenina	10.2	15.6	13.5	2.0	0.0	2.4	8.1	16.3	18.8	17.5
Orales	4.7	9.6	5.0	1.2	3.7	5.3	7.1	4.2	3.6	2.1
Rítmo	3.4	5.8	4.4	0.5	1.5	2.9	4.8	5.0	2.2	2.5
DIU	2.6	7.7	2.1	0.2	1.7	2.1	3.8	2.6	3.0	1.8
Preservativo	1.2	3.0	1.1	0.1	0.0	1.2	1.9	1.7	0.8	0.6
Esteri. masculina	0.9	1.9	0.9	0.1	0.0	0.0	1.2	1.4	1.9	0.4
Otros metodos	2.0	5.4	1.7	0.4	2.4	1.9	2.7	1.1	1.2	3.5
No uso	75.0	51.0	71.2	95.4	90.7	84.2	70.4	67.8	68.8	71.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de casos	(2,709)	(768)	(1,080)	(861)	(252)	(604)	(622)	(572)	(411)	(248)

Fuente: Monteith, et. al., **Contraceptive Use and Fertility in Guatemala, Studies in Family Planning**, 1985.

Como se esperaba, el uso de anticonceptivos varió según la edad, llegando al punto más alto en las mujeres casadas entre 30-39 años de edad. El uso más bajo fue entre las mujeres casadas entre 15-24 años, de las cuales una alta proporción estaban embarazadas o querían quedar embarazadas. A manera que aumenta la edad, la esterilización es responsable del aumento en la proporción total de prácticas de planificación familiar. Estos hallazgos indican que la mayoría de mujeres que utilizan la planificación familiar dependen de la esterilización quirúrgica para evitar embarazos después de la edad reproductiva máxima. Estos datos también indican que el uso de métodos reversibles es bajo entre las mujeres jóvenes casadas.

Los resultados de la encuesta sobre el uso de anticonceptivos de acuerdo al número de hijos vivos están en relación con hallazgos previos. Las mujeres que no tienen hijos vivos o con un hijo vivo son generalmente más jóvenes que las mujeres con dos o más hijos vivos, y tenían niveles de uso de anticonceptivos más bajos (12%). En contraposición, más del doble de las mujeres (25%) con más de un hijo vivo eran usuarias de anticonceptivos.

El uso de los anticonceptivos está fuertemente relacionado con la educación. Las mujeres que tenían educación primaria completa tenían la probabilidad de usar anticonceptivos cinco veces más que las mujeres sin educación formal, y dos veces más que las mujeres que tenían educación primaria incompleta. Las mujeres con educación primaria como mínimo, utilizan métodos anticonceptivos reversibles de 5 a 17 veces más que las mujeres sin educación formal y de 2 a 6 veces más que las mujeres con menos educación que la primaria completa.

En general, el uso de anticonceptivos aumentó con la educación, cuando se controlaba la información por edad, nivel laboral y número de nacidos vivos. Sin embargo, esta relación era débil para las mujeres sin hijos vivos, debido probablemente a la presión social de tener hijos inmediatamente después del casamiento, lo que parece ser independiente del nivel socioeconómico. Además, no hubo asociación aparente entre el uso actual de anticonceptivos y el nivel laboral, cuando los datos se controlaron por edad y número de hijos.

El aborto es un problema de salud que está obviamente sub-registrado. En 1983, la frecuencia de los casos lo convirtió en la segunda causa de mortalidad materna en Guatemala. Ese año se encontró una tasa de mortalidad de 11.7 por 10,000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad proporcional de cinco por ciento comparada con otras causas de mortalidad materna.[29] La causa principal de muertes maternas durante 1983 fueron las complicaciones durante el parto con una tasa proporcional de mortalidad de 78.2%.[30]

La encuesta de 1983 reveló que el 13% de las mujeres entrevistadas habían tenido por lo menos un aborto inducido o espontáneo. Este hallazgo fue más frecuente en mujeres que vivían en el departamento de Guatemala comparado con las mujeres ladinas que vivían en otras regiones y con las mujeres mayenses.

La encuesta también estudió las prácticas de lactancia materna y su efecto en la salud del niño y en la fecundidad. La duración promedio de la lactancia se estimó en 18 meses, con un alto período de 23 meses para las mujeres mayenses. Comparados con una encuesta anterior parece no haber tendencia a dejar la lactancia materna en ningún grupo. Se estima que estos períodos largos de lactancia resultan en períodos más largos anovulatorios post-parto.[31]

Una estimación de las "mujeres necesitadas de servicios de planificación familiar" (i.e. fértiles, sexualmente activas y no queriendo un embarazo, sin usar un método anticonceptivo efectivo) sugieren que cerca del 25% de las mujeres estaban en "necesidad" y que el más alto porcentaje de ellas estaba en el interior del país, tenían menos que educación primaria, y tenían más de tres hijos. Estos hallazgos sugieren que las prioridades de planificación familiar deben ser dirigidas a esta población.

5.2.3 SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La primera clínica de planificación familiar se abrió en Guatemala en 1965 por el afiliado privado de la IPFF, la Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM). El primer proyecto de planificación familiar de AID se firmó en 1967, y el gobierno empezó a ofrecer servicios de planificación familiar a través del MSPAS en 1969. IPROFASA una empresa comercial del sector privado inició su programa de ventas en junio de 1985. El cuarto actor en planificación familiar financiado por los proyectos de AID en Guatemala es AGES, una asociación para la educación sexual. AGES fue fundada en 1978 pero no empezó a recibir dinero directamente de AID sino hasta 1985. La ayuda de AID para

---

29 Memoria de Labores Año 1983, MSP, Guatemala, 1985.
30 Memoria de Labores, Año 1982, MOH, Guatemala, 1985.
31 Monteith, op.cit.

planificación familiar ha continuado ininterrumpidamente hasta el presente, estando el financiamiento canalizado a través de los siguientes proyectos:

Año	Número de Proyecto	Título del Proyecto	US Dólares
1967	520-0189	Pob. y Salud Rural	2,642,246
1973	0189 ampliado		2,171,754
1976	520-0237	Pob.y Plani. Familiar	2,921,000
1980	520-0263	Serv.Integra. Pla. Fam.	2,476,000
1983	520-0288	Serv. Plani. Familiar	8,586,000
1987	0288 ampliado		3,434,000

El apoyo de AID a proyectos de planificación familiar fue impulsado por dos inquietudes: la alta tasa de incremento natural de la población y las consecuencias de las altas tasas de fecundidad, paridad y abortos ilegales sobre la salud materno-infantil. Aunque la población de Guatemala estaba creciendo muy rápidamente a mediados de los años sesenta a expensas del descenso en las tasas de mortalidad, el apoyo nacional para planificación familiar estaba justificado en términos de la salud de la madre y el niño y el derecho de las parejas de elegir el número de hijos que quieren tener. El artículo 47 de la constitución de 1985 garantiza este derecho. El gobierno de Guatemala nunca ha adoptado una política de población, aunque la administración actual del Presidente Vinicio Cerezo ha creado una comisión interministerial para desarrollar una Política de Población y Desarrollo. En vista de la ausencia de una razón fundamental demográfica, así como la sensibilidad política del tema, AID ha adoptado una justificación fuerte para sus proyectos. Aunque la tasa de fecundidad ha disminuído, el crecimiento de la población permanece alto debido al descenso en la mortalidad y en las tasas relativamente bajas de anticoncepción, aún para América Latina.

A través de la historia de asistencia de AID para actividades de planificación familiar en Guatemala, su apoyo ha ido a una mezcla de agencias públicas y privadas. En este respecto, mientras el implementador deseable ha sido siempre el MSPAS, APROFAM es el recipiendario más importante y consistente. Además del liderazgo de la asociación en el movimiento de planificación familiar guatemalteco, existen factores políticos que evitan el uso efectivo de fondos de AID para planificación familiar en el sector público. El Ministerio administró directamente los fondos de AID para servicios de planificación familiar desde 1967 hasta 1975 cuando la Misión quitó su apoyo por su baja ejecución. En 1979, el Ministerio eliminó los servicios suministrados por APROFAM de sus instalaciones. Los servicios de planificación familiar fueron reanudados en base limitada en 1982. Actualmente, el MSPAS es el responsable directo de proporcionar servicios e información de planificación familiar en 11 de las 23 áreas de salud del país, APROFAM es el responsable en las restantes 12 áreas. Los oficiales del Ministerio, APROFAM y AID acordaron que el programa sería más fuerte si el MSPAS fuera el responsable directo de la planificación familiar en todo el país, y el gobierno de Cerezo está a

punto, con apoyo de AID, de implementar la integración completa. Se han dado los primeros pasos para que el MSPAS asuma todo el apoyo logístico para los servicios de planificación familiar en todo el país.

El siguiente cuadro describe las actividades específicas y logros de los programas financiados por AID:

CUADRO 5.35

Cumplimiento del Programa para el Proyecto de Servicios de Planificación Familiar

Actividad	Programado Fin Proyecto 1982	Programado Acumulado a la Fecha 1987	Acumulado Real a la Fecha 1987	Porcentaje de Cumplimiento de Metas Programadas
I. APROFAM (520-0288 A)				
A. Distribución en Comunidades				
1. Nuevos Usuarios	140,380	100,380	105,209	105.0
2. Usuarios Antiguos	93,585	77,091	73,547	95.0
3. Visitas Domiciliarias	200,500	153,325	144,047	94.0
4. Nuevos Puestos de Distribución	990	805	1,245	155.0
B. Capacitación				
1. Personas Capacitadas	3,811	2,575	3,292	128.0
2. Cursos Completados	171	98	124	126.0
C. Educación de Líderes (PIPOM)				
1. Spots de TV Transmitidos	22	26	25	96.0
II. AGES (520-0288 AGES)				
A. Nuevos Sitios	11	4	4	100.0
B. No.Personas Servidas Actualidad	[1] 288,840	22,700	33,653	148.0
C. Personas Capacitadas	241	44	53	120.0
III. IPROFASA (520-0288 CRS)				
A. Venta de Productos	800	408	446	109.0
B. Años Protección Pareja	27,700	19,700	24,411	124.0
C. Introduc. Prod. Adicio. de Plan. Fam.	3	3	1	33.0
D. Locales Atendidos	1,300	640	742	116.0
IV. MSPAS (520-0288 G)				
A. Distribución de Anticonceptivos a Centros y Puestos de Salud				
1. Orales (ciclos)	550,000	305,000	116,103	38.0
2. Preservativos	630,000	325,000	161,931	50.0
3. Conceptrol (tabletas)	545,000	400,000	3,633	1.0
B. Capacitación Personal del MSPAS en Plani. Familiar, No. de Cursos	48	18	6	33.0
C. 11 Areas de Salud Transferidas de de APROFAM al MSPAS	11	9	0	0.0

[1] Recibieron material educativo de vida familiar, participaron en actividades de educación de vida familiar o recibieron orientación adicional.

FUENTE: USAID/Guatemala, Project Paper Supplement, **Expansion of Family Planning Services Project No.520-0288**, 1987.

Además de los programas de planificación familiar de AID, hay otros donantes y ONGs con proyectos en Guatemala. El programa más significativo está auspiciado por FUNAP. Trabajando principalmente con SEGEPLAN, FUNAP inició un programa de US$1 millón en 1980 que patrocinaba servicios de planificación familiar, la promoción de métodos naturales, el análisis de la situación de la población y de empleo y la capacitación de maestros de educación primaria. Está planificado que este proyecto termine este año.

5.2.4 RESUMEN Y RECOMENDACIONES

A pesar de la tendencia de disminución de la fecundidad en Guatemala, las tasas de fecundidad permanecen entre las más altas de América Latina. El proceso de urbanización y ladinización ha traído mayor aceptación de la anticoncepción, sin embargo, los efectos secundarios (dolor de cabeza, malestar, hinchazón) causados por los anticonceptivos orales, así como las barreras culturales y religiosas han limitado el uso de planificación familiar en las áreas mayenses, donde sólo el 4% de las mujeres en unión son usuarias de anticonceptivos. Está claro que los programas de planificación familiar deben darle prioridad a las mujeres de alto riesgo de las comunidades mayenses.

El gobierno de Guatemala no ha promocionado la planificación familiar activamente, sin embargo, ha permitido que organizaciones del sector privado, en especial APROFAM, proporcionen servicios de planificación familiar en áreas seleccionadas y ha hecho disponibles los servicios del MSPAS para que distribuyan anticonceptivos suministrados por APROFAM. El personal del MSPAS ha recibido capacitación en planificación familiar de una variedad de fuentes, incluyendo APROFAM. Varias agencias de reciente formación del sector privado, AGES e IPROFASA, están proporcionando educación sexual y ventas al por menor de anticonceptivos. Dada la falta general de esfuerzo por parte del gobierno, el sector privado ha sido el proveedor de planificación familiar más efectivo.

Aunque el actual gobierno no ha hecho el programa de planificación familiar una prioridad, aparenta estar más interesado que sus predecesores en la promoción de planificación familiar. Este interés ha resultado en mayor involucramiento del gobierno en la planificación de proyectos de planificación familiar financiados por AID. Este es un período en que se brinda la oportunidad de producir mejoras significativas en las actividades de planificación familiar. Sin embargo, está claro que sin el apoyo importante de los donantes, el gobierno no ampliaría ni mantendría actividades de planificación familiar.

RECOMENDACIONES

1. AID debe continuar apoyando los esfuerzos importantes de actividades de planificación familiar del sector privado:

   a. APROFAM debe recibir recursos para ampliar más sus servicios a áreas rurales y mayenses.

   b. AGES e IPROFASA deben continuar recibiendo apoyo de AID para mantener y ampliar sus programas.

2. AID debe tomar ventaja del interés favorable actual de parte del gobierno. Los proyectos de planificación familiar financiados por AID deben ser desarrollados con la completa cooperación del gobierno y negociarlos en un proceso de mutuo respeto. Además, se deben hacer todos los esfuerzos posibles para integrar el proyecto a la estructura administrativa normal del MSPAS, especialmente, integrando las actividades al Departamento Materno-Infantil, la División de Recursos Humanos y todos los programas de educación en salud.

3. AID debe considerar apoyar las actividades de planificación familiar integradas a los programas materno-infantil del IGSS.

4. AID debe explorar la integración de la importante intervención de supervivencia infantil, el espaciamiento de embarazos en los servicios de planificación familiar, tanto públicos como privados. Se necesitan mayores estudios para explorar las medidas para fortalecer los servicios a madres en categorías de alto riesgo reproductivo (menos de 18 y más de 35 años de edad, más de tres hijos vivos, o primer hijo) y llegar a poblaciones de bajo uso de anticonceptivos (poblaciones mayenses, ladinos en el interior, mujeres sin educación primaria). AID debe financiar estudios de factibilidad, investigación operacional y proyectos piloto para evaluar estos objetivos.

5.3 SALUD MATERNO-INFANTIL: NUTRICIÓN

5.3.1 ESTADO NUTRICIONAL

Es difícil determinar el estado nutricional con precisión. Las estadísticas nacionales sobre los niveles de nutrición están plagadas de problemas de diagnóstico y de sub-reporte. En Centro América, INCAP ha realizado dos encuestas nutricionales de gran importancia, a mitad de los años sesenta y entre 1978 y 1982. Estas encuestas utilizaron la desviación de peso y talla (para edad) de estándares establecidos por OMS como una medida de la desnutrición relativa. Estas encuestas encontraron que para niños menores de cinco años, Guatemala tenía la mayor proporción de niños de bajo peso y baja talla de Centro América durante los dos períodos de encuestas. (Cuadro 5.36) En los años ochenta, Guatemala tenía un porcentaje más alto de niños de bajo peso (43.6%) que los que tenía a mediados de los años sesenta (36.5%).[32]

Un estudio en 1977 encontró la relación entre nivel socio-económico y desnutrición. El estudio encontró que 37.8% de los niños entre 2 y 3 años, de familias con menos de dos manzanas de tierra estaban desnutridos, mientras que sólo 16.7% de los niños de familias con más de cinco manzanas estaban desnutridos.[33]

La desnutrición también varía significativamente de región a región. El Primer Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado en 1986 encontró que 37.4% de todos los

---

32 Hernán Delgado, **La Situación Alimentaria Nutricional en Centroamérica y Panama**, INCAP, 1987.

33 Valverde V., Martorell R., Mejía-Pivaral V., Delgado H., Lechtig A., Teller C., Klein R.E. **Relationship between family land availability and nutritional status.** Ecol. Food. Nutr. 6:1-17. 1977.

niños entre seis y nueve años estaban desnutridos; sin embargo, este porcentaje varió considerablemente de un departamento a otro, con los departamentos del altiplano donde hay mayor población mayense con mayores porcentajes.[34] Los departamentos de Sololá, Huehuetenango, El Quiché, Chimaltenango, y Baja Verapaz tenían más de 50% de desnutrición y más del 20% en Sololá estaban severamente desnutridos. (Cuadro 5.37)

Las estadísticas nacionales de mortalidad y morbilidad no son tan confiables como las encuestas de INCAP pero sugieren las mismas conclusiones. Las estadísticas de mortalidad sugieren que 5% de todas las muertes son causadas por desnutrición, con los porcentajes de muertes más altos en niños entre uno y cuatro años y en adultos de más de 65 años. (Cuadro 5.38) La deficiencia proteínico energética era la causa principal de mortalidad entre las deficiencias nutricionales.

CUADRO 5.36

Porcentaje de Niños Menores de Cinco Años con Peso y Talla para Edad Dos Desviaciones Estándar o Más por Debajo de la Referencia de OMS - Centro América y Panamá

	Porcentaje de niños por debajo de dos desviaciones estándar			
	Peso para Edad		Talla para Edad	
	1965 - 1967	1978-1982	1965-1967	1978-1982
Costa Rica	16.3	6.1	24.1	6.4
El Salvador	30.1	17.9	53.0	44.1
Guatemala	36.5	43.6	60.0	59.7
Honduras	28.5	----	46.8	----
Nicaragua	13.5	15.8	23.5	25.1

Fuente: Delgado, **La Situación Alimentaria Nutricional en Centroamérica y Panamá**, INCAP, 1987.

[34] Ministerio de Educación/INCAP. **Primer Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado de Primaria de la Republica de Guatemala, 1986.** Guatemala, 1987.

CUADRO 5.37

Clasificación de Estado Nutricional de Niños de Seis a Nueve Años, por Departamento. Primer Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado Septiembre, 1986

Departamento	No. Casos	Categorías de Estado Nutricional			
		Normal	Total	Desnutrición Moderada	Desnutrición Severa
Ciudad Capital	14,373	62.6	37.4	29.0	8.4
Guatemala	21,110	79.7	20.3	17.5	2.8
El Progreso	3,995	73.6	26.4	21.8	4.6
Sacatepéquez	4,299	58.9	41.1	32.6	8.5
Chimaltenango	9,088	48.0	52.0	38.8	13.2
Escuintla	13,005	74.3	25.7	22.4	5.1
Santa Rosa	8,156	72.5	27.5	22.4	5.1
Sololá	5,372	35.4	64.6	44.2	20.4
Totonicapán	5,462	39.1	60.9	43.5	17.4
Quetzaltenango	13,722	55.4	44.6	34.7	9.9
Suchitepéquez	9,792	58.5	41.5	31.0	10.5
Retalhuleu	6,507	65.3	34.7	28.4	6.3
San Marcos	19,256	54.3	45.7	35.2	10.5
Huehuetenango	12,664	48.2	51.8	38.5	13.3
El Quiché	9,416	47.1	52.9	38.5	13.3
Baja Verapaz	4,372	61.7	52.9	38.5	14.4
Alta Verapaz	6,477	61.8	38.2	30.5	7.7
El Petén	4,663	70.3	29.7	24.6	5.1
Izabal	7,106	74.8	25.2	21.1	4.1
Zacapa	4,674	75.9	24.1	19.0	5.1
Chiquimula	5,895	66.5	33.5	26.1	7.4
Jalapa	5,629	62.5	37.5	28.4	9.1
Jutiapa	10,926	75.2	24.8	20.4	4.1
TOTAL	**205,959**	**62.6**	**37.4**	**29.0**	**8.4**

Fuente: Ministerio de Educación/INCAP, **Primer Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado de Primaria de la República de Guatemala 1986.** Guatemala, 1987

CUADRO 5.38

Mortalidad por Desnutrición por Grupo Etario - 1983

Edad	Muertes	Razón %[1]	Tasa por 100,000	Razón %[2]
0 - 1	617	16.2	210.6	3.2
1 - 4	838	22.1	74.5	5.9
5 - 14	303	8.0	14.3	6.5
65 y más	1,073	28.3	487.0	7.9
Desconocida	14	0.3	-----	5.8
TOTAL	**3,797**	**100.0**	**47.9**	**5.0**

[1] Se refiere a muertes causadas por desnutrición en todas las edades.
[2] Se refiere al total de muertes por grupos etarios.

Fuente: MOH, Unidad Informática.

5.3.2 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ESPECÍFICAS

5.3.2.1 Deficiencia de Vitamina A

En la encuesta nutricional de 1965 se encontró que habían niños con niveles bajos de retinol sérico. En áreas rurales, el 50% de las familias reportaron ingestas de vitamina A inferiores al 50% de las recomendaciones dietéticas.[35] En respuesta a este hallazgo, el INCAP con apoyo de AID patrocinó un programa del gobierno de Guatemala para fortificar el azúcar con vitamina A. (Cuadro 5.39) El programa disminuyó a la mitad la deficiencia de retinol en dos años. Sin embargo, como se podrá notar más adelante, el programa fue suspendido en los años ochenta y sólo se restableció recientemente.

Un estudio de 1984 sobre los daños oculares encontró que 0.7% de los niños examinados tenían xerosis corneal y que 1.4% tenía cicatriz. Este último porcentaje es 28 veces más alto que el nivel de 0.05% establecido por OPS como el límite arriba del cual el daño ocular se convierte en un problema de salud pública.[36]

---

35 Arroyave G., Aguilar J.R., Flores M., Guzmán M.A., **Evaluation of Sugar Fortification with Vitamin A at the National Level.** Pan American Health Organization Scientific Publication 384, Washington, D.C. 1979.

36 Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordomudos de Guatemala/UNICEF. **Informe de la Jornada Oftalmológica-Nutricional**, Guatemala, 1984.

5.3.2.2 Deficiencia de Riboflavina

Los estudios clínicos y dietéticos de 1965 encontraron altas tasas de deficiencia de esta vitamina. Se encontró que más del 60% de las familias del área rural consumían menos del 75% de las recomendaciones dietéticas de riboflavina.

5.3.2.3 Deficiencia de Iodo

En una encuesta realizada en 1954 se encontró una prevalencia de bocio de 38%.[37] Después de que el gobierno inició el programa de forticación de la sal, con ayuda de INCAP, la encuesta de seguimiento de 1965 encontró sólo un 5% de prevalencia de bocio. La forticación de la sal se descontinuó en los años setenta y una evaluación realizada en 1979 encontró que la prevalencia de bocio había aumentado a 11.%.[38] El personal profesional del Departamento de Nutrición del MSPAS calcula la prevalencia de bocio arriba del 20% para los años ochenta.

CUADRO 5.39

Niveles Bajos y Deficientes de Retinal Sérico en Niños de 0 a 60 Meses en Cuatro Encuestas Nacionales Realizadas en Guatemala, 1965 - 1977

Año de Encuesta	Tamaño Muestra	% de Casos Niveles Bajos y Deficientes
1965	156	26.2
1975 (Oct. - Nov.)	543	21.5
1977 (Abr. - Mayo)	676	11.1
1977 (Oct. - Nov.)	721	9.2

Fuente: INCAP: Guatemala. **Revisión Preliminar del Sector Nutrición.** Manuscrito sin Publicar. Septiembre 1985

37 Muñoz J. Antonio, Carlos Pérez y Nevin S. Scrimshaw. **Distribución Geográfica del Bocio Endémico en Guatemala**, Rev. Col. Med. Guatemala, 6:36-43, 1955.

38 Quezada, Marco Antonio. **Evaluación del Impacto del Programa de la Yodización de la Sal en Guatemala, a través de una Encuesta de Prevalencia de Bocio Endémico en una Muestra de Escolares en la República de Guatemala.** Monografía (Magister Scientificae), Guatemala, INCAP, 1979.

5.3.2.4 Anemia

La anemia es un problema serio en Guatemala, causada principalmente por deficiencia de hierro. En 1965, 31% de la población del área rural tenía deficiencia de hierro y la proporción de mujeres embarazadas con bajos niveles de hemoglobina (menos de 11 g/l) era de 34%. Un estudio reciente sugiere que entre el 52 y el 76% de las mujeres en edad fértil podrían estar anémicas.[39]

5.3.3 CONSUMO DE ALIMENTOS

La pobreza y la falta de disponibilidad de alimentos son los determinantes más importantes de la desnutrición. Durante 1980, de los aproximadamente siete millones de habitantes en Guatemala, 32% vivía en pobreza y su ingreso era insuficiente para cubrir sus necesidades básicas. Cerca de 40% de la población no tenía suficiente ingreso para cubrir el costo de la canasta mínima de alimentos.[40] En 1985 cuando la tasa de inflación alcanzó niveles de 400%, la situación se consideró alarmante. Del ingreso familiar total del área rural, el 58% se destinaba a alimentos en 1966 y 66% en 1980. En áreas urbanas, se encontró que las familias destinaban el 33% de su ingreso total para alimentos en 1969 y 54% en 1980. La ingesta de alimentos por persona había disminuído durante esos años. Las ingestas familiares de proteína y energía encontradas en las encuestas nacionales de ingesta de alimentos en Guatemala desde 1965 a 1976 encontraron que la ingesta promedio por persona era menor en la encuesta más reciente.

La proteína de origen animal se ha consumido regularmente sólo por una pequeña proporción de la población, aquella con el ingreso más alto. Otras fuentes de proteína, tales como los cereales y algunos vegetales, no están siempre disponibles localmente debido a la falta de tecnología agrícola adecuada y la pobre distribución de alimentos. Esto es especialmente cierto en algunas áreas rurales del país.

En el área urbana central, la ingesta de energía se deriva principlamente de maíz, pan y azúcar. Estos nutrientes son responsables por el 55% de la ingesta total de energía. Para el resto de las áreas urbanas del país, el maíz, azúcar, grasas y aceites suplen el 62% de la ingesta energética. En las áreas rurales, maíz, azúcar y frijoles aportan el 69% de la ingesta energética total.

Los estudios hechos por SEGEPLAN en 1982 sugieren que la producción general de los alimentos básicos ha variado considerablemente a partir de la década pasada.[41] La producción de azúcar y aceites aumentó considerablemente; sin embargo, la mayoría de la producción era para los mercados de exportación. La producción de arroz para el consumo interno aumentó moderadamente. Los cultivos claves como maíz, frijol y trigo no crecieron del mismo modo que la población.

---

39 Delgado, op. cit.

40 Economic Commission for Central America. **This crisis in Central America, its origins, scope and consequences.** Doc. E/CEOAL/G, 1261, p 16.

41 Cited in Delgado, op.cit.

La inflación ha limitado el acceso de los pobres a los alimentos. Los precios en las área urbanas aumentaron 63.8% entre 1975 y 1982. Se calcula que las familias del área urbana gastaron un promedio de 54% de su ingreso total en 1980. Esta cifra está significativamente por encima del promedio de 33% de 1966.

5.3.4 PROGRAMAS NUTRICIONALES

5.3.4.1 INCAP

INCAP fue fundado en 1949 con apoyo de la Fundación Kellog, OPS y un acuerdo de los seis países Centroamericanos y Panamá. Su enfoque original fue la investigación y la capacitación por lo que INCAP fue un centro reconocido internacionalmente para estudios de la relación entre nutrición e infección. También fue el centro más importante para la capacitación de nutricionistas en la región, afiliado en años recientes a la Universidad de las Naciones Unidas.

A finales de los años sesenta un creciente interés por actividades más directas llevó al fortalecimiento de la División de Nutrición Aplicada y mayor involucramiento de INCAP en la promoción de planificación en nutrición y programas específicos para tener un impacto en los niveles de nutrición de sus países miembros. Primero Kellog y después AID, a través de su oficina regional ROCAP, proporcionaron donaciones adicionales para ampliar la división, la que contaba con ocho profesionales para 1976. Este proceso de cambiar las prioridades institucionales continuó hasta la década de los años setenta y se le dió un empuje más grande a principios de los años ochenta con apoyo adicional de AID.

Financieramente, después de las donaciones iniciales de Kellog, INCAP dependía de OPS/OMS para financiar la mayoría de su apoyo institucional de base, hasta que recientemente AID asumió una creciente responsabilidad financiera hacia las necesidades institucionales de base. En 1983, OPS proporción 38% del presupuesto de $3.3 millones. Los países miembros proporcionaron sólo el 9% y los proyectos específicos, incluyendo AID, UNICEF y varios proyectos europeos bilaterales proporcionaron el 47% del presupuesto anual.

Como institución regional, el INCAP proporciona servicios y estudios a todos los países regionales. Hasta recientemente, sus esfuerzos se han enfocado principalmente en Guatemala, Honduras y El Salvador. Sin embargo, bajo la actuales iniciativas regionales para Centro América de OPS y apoyado por un financiamiento importante de AID y UNICEF, INCAP ha asumido un papel más importante y ha establecido la presencia permanente de asistencia técnica en cinco países.

Actividades pasadas importantes de INCAP en Guatemala apoyadas por AID incluyeron tres proyectos de investigación centrales (Crecimiento y Desarrollo, Sololá y Patulul), tres proyectos de forticación (Iodinización de la sal, Fortificación de Azúcar con Vitamina A y Fortificación de Maíz), un proyecto de servicios primarios de salud en comunidades ladinas seleccionadas en el Oriente (SINAPS) y en apoyo para los esfuerzos de planificación en nutrición de la Comisión de Planificación y el MSPAS. INCAP como recipiendario de donaciones de National Institutes for Health (NIH), National Science Foundation y las Fundaciones Rockefeller y Ford ha implementado mucho proyectos de investigación en microbiología y desarrollo humano.

INCAP se inició como un instituto regional y se involucró en varias actividades de proyectos en Guatemala sin el financiamiento directo de AID. Además de sus proyectos de investigación en nutrición, quizás uno de los impactos más duraderos de los esfuerzos de INCAP, antes de que AID empezara a proporcionar apoyo institucional directo en los años ochenta, fue la formación de nutricionistas profesionales. Estos nutricionistas han estado empleados en hospitales, programas escolares, instituciones de investigación y otros servicios de salud y nutrición, así como ocupando puestos importantes de planificación y política en los servicios de gobierno. Muchos de los profesionales formados por INCAP fueron recursos para proyectos posteriores de AID. Aunque continúa alguna formación en INCAP, muchos de los países han incorporado la capacitación en nutrición a sus programas profesionales de salud. En Guatemala, la licenciatura en nutrición la ofrece la Universidad de San Carlos.

El apoyo de AID incluye una serie de pequeños proyectos (Ver Cuadro 5.40) apoyando la fortificación de azúcar con vitamina A, la fortificación de maíz con aceite de soya, una proyecto demostrativo con un maíz híbrido altamente nutritivo y un proyecto sobre la clasificación funcional de nutrición. Estos proyectos ocuparon a los profesionales existentes en INCAP, proporcionando apoyo financiero para investigación y la promoción de políticas de fortificación y utilización de este maíz híbrido.

El segundo tipo de apoyo de AID para los proyectos fue el Proyecto Regional de Nutrición que financió la asistencia técnica proporcionada por profesionales de INCAP para apoyar programas de planificación en nutrición en cada uno de los países de Centro América.[42] En Guatemala, este proyecto dió como resultado el establecimiento de la unidad de planificación en nutrición (dos profesionales cuyos salarios fueron financiados inicialmente por AID) en la Comisión Nacional de Planificación y la asistencia técnica a esta unidad para diseñar un Plan Nacional de Nutrición.

---

42 PP and PER 78-8, 596-0065

CUADRO 5.40

Proyectos Importantes de Nutrición del INCAP con Impacto en Guatemala Apoyados por AID

Número	Título	Fecha	Cantidad (millones US$)
Proyectos Antiguos			
TA-C-1225	Fortificación de Azúcar	1967-8,75-79	0.5+
CSD-3357	Fortificación de Maíz	1971-76	0.6
596-0065	Proyecto Regional de Nutrición	1976-81-3	0.5
932-0631	SINAPS	1979-82	1.1
TA-C-1342	Proyecto de Maíz Híbrido	1981-82	2.8
596-0104	Proyecto Regional de Extensión	1981-85	1.8
	19 Pequeños Proyecto	1973-86	2.9
	Total	**1967-86**	**13.2**
Proyectos Actuales			
596-0115	TRO, Monitoreo de Crecimiento y Educación	1984-89	8.0
596-0116	Asistencia Técnica para Programas de Ayuda Alimentaria	1985-90	5.6
	Seis Proyectos Pequeños	1985-90	1.0
	Total	**1984-90**	**14.6**
Cálculo de Gastos de INCAP del Financiamiento de AID en Guatemala			
Proyectos Antiguos sólo en Guatemala		1967-86	7.85
Un Quinto de Proyectos Regionales Antiguos		1976-86	1.06
	Total	**1967-86**	**8.91**
Proyectos Actuales sólo en Guatemala		1985-90	1.0
Un Quinto de Proyectos Regionales Actuales		1985-90	2.72
	Total	**1985-90**	**3.72**

En los años ochenta, AID empezó a proporcionar apoyo institucional de base a INCAP a través del Proyecto Técnico Regional de Extensión en Nutrición, un proyecto regional de supervivencia infantil de $* millones, que inició en 1985, y un proyecto para proporcionar asistencia técnica a ayuda alimentaria (un proyecto de $5.6 millones con fondos del PL-480). Estos proyectos fueron los responsables de fortalecer la capacidad de INCAP de proporcionar asistencia técnica en base permanente a cada uno de los países. En base a esta nueva capacidad, INCAP ha podido coordinar proyecto regionales adicionales con AID, OPS y UNCEF, en especial las iniciativas más importantes de supervivencia infantil como rehidratación oral, monitoreo de

crecimiento, enfermedades inmuno-prevenibles, educación en salud, nutrición y lactancia materna. Estos proyectos regionales han tenido componentes guatemaltecos específicos, especialmente programas de TRO, lactancia materna e inmunización del Departamento Materno-Infantil del MSPAS. INCAP ha proporcionado asistencia técnica, ha conducido evaluaciones de necesidades institucionales y capacitación en servicio. Un cálculo razonable de los gastos en estos proyectos en Guatemala es de $3.72 millones.

5.3.4.2 Programas de nutrición del gobierno y de ONGs

El MSPAS, otras instituciones gubernamentales y ONGs implementan una variedad de programas de alimentación, actividades de educación nutricional, normas de fortificación y proyectos agrícolas. Al gobierno aún le falta una política de nutrición claramente definida, aunque ha producido los planes nacionales de nutrición como parte de su Plan Nacional de Nutrición en años anteriores. Estos planes, como la mayoría de planes de nutrición de la región, no han tenido un impacto importante en los programas gubernamentales.

Con tal variedad de organizaciones trabajando en programas de nutrición, no hay un cuerpo coordinador que ayude a establecer prioridades, definir objetivos y prevenir la duplicidad y el desperdicio.

5.3.4.2.1 Programas de alimentación

Programas de alimentación para grupos seleccionados han operado en el país por más de 40 años. En 1985 estos programas tenían 2 millones de beneficiarios, incluyendo preescolares, escolares, mujeres embarazadas y lactantes, trabajadores migratorios, refugiados y ancianos de áreas rurales.[43] Los programas reciben mucho apoyo del extranjero y son implementados por ONGs, CARE, Cáritas, Programa Mundial de Alimentos, Visión Mundial, Christian Children Fund, Ejército de Salvación, Catholic Relief Service, MSPAS, Ministerio de Educación, Secretaría de Bienestar Social y Ministerio de Agricultura. Las actividades del sector público se han coordinado por el Comité de Reconstrucción Nacional, que está constituído por representantes de cada una de las instituciones públicas.

Los alimentos de estos programas generalmente incluyen aceite vegetal, pescado enlatado, maíz, frijol, harina de trigo, leche descremada en polvo, mezclas nutricionales y bulgur. En 1985, se distribuyeron 38,000 toneladas métricas con un valor aproximado de US$16 millones. El programa PL-480 del gobierno de los Estados Unidos, que dona los alimentos y el Programa Mundial de Alimentos son los donantes más importantes para estos programas. El Programa Título II PL-480 también está financiado parcialmente por el gobierno de Guatemala, dando apoyo logístico a CARE, quien distribuye los alimentos en las instalaciones del MSPAS.

---

43 Sergio Leopoldo Sazo Palma, **Actual Health and Nutrition Status of the Guatemalan Population**, AID, Guatemala, 198[illegible].

El IGSS distribuye alimentos a los niños afiliados menores de dos años y ofrece educación nutricional a mujeres embarazadas y lactantes. Los niños menores de seis meses reciben cinco libras de leche cada mes y, si hay signos de desnutrición, se les da 10 libras adicionales de INCAPARINA cada mes durante dos años.

El MSPAS y otras instituciones apoyan instalaciones de rehabilitación nutricional. Existen 13 centros del MSPAS para rehabilitación nutricional de niños preescolares con desnutrición de segundo y tercer grado o con menos de 85% de su peso normal. Cada centro tiene una capacidad de 75 niños por año.

El presupuesto para operar estos centros es de más de seis millones y medio de dólares por año. Además de tratar a los pacientes, estos centros ofrecen educación en nutrición y salud a las madres de los pacientes.

La Secretaría de Bienestar Social presta atención nutricional a aproximadamente 10,000 niños desnutridos en 45 centros localizados en todo el país. También llevan a cabo otras actividades como vigilancia nutricional, educación nutricional y proporcionan alimentos a escolares de familias de bajo ingreso. De acuerdo a INCAP, el costo por cada niño atendido varía de Q0.56 a Q1.61 por día.[44]

Los servicios de alimentación en instituciones son los que se ofrecen a los pacientes internados en hospitales, centros de salud y hogares de ancianos. Todos pertenecen al MSPAS. El presupuesto para la compra de alimentos para estos servicios es más de cuatro millones de dólares por año. Estos servicios han tenido déficits durante los últimos dos años debido a recortes en el presupuesto.

Aún no está claro si los programas de alimentación son formas efectivas y adecuadas de lograr cambios en los niveles de nutrición. Es evidente que los programas de alimentación no han estado dirigidos a la población de importancia. Los altos costos de los centros de rehabilitación nutricional también son un problema especial. Sin embargo, es probable que estos programas sean continuados, especialmente si son apoyados por donantes del extranjero.

5.3.4.2.2 Programas de fortificación de alimentos

Los programas de fortificación de sal y azúcar han sido patrocinados por INCAP, regulados por el gobierno e implementados por el sector privado. Estos proyectos se iniciaron en la década de los años setenta. Sin embargo, las regulaciones fueron suspendidas durante los años ochenta debido a la resistencia de los productores privados y a la negativa del gobierno de proporcionar moneda extranjera para la importación de palmitato de retinol y el equipo necesario para el control de calidad para la cantidad de nutriente que se le agregaba a los productos. El costo aproximado de la fortificación de iodo por persona por año es de 14 centavos de dólar. En

---

44 Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. **Evaluación de los Servicios de Alimentación de los Centros y hogares de las Direcciones de Bienestar Infantil y Familiar y de Asistencia Educativa Especial de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de Guatemala.** Guatemala, 1982. p 49-50 (Documento de Distribución Limitada).

1985 la única sal fortificada disponible era la importada, la que constituía el 20% de toda la sal consumida en Guatemala. El gobierno actual ha re-instituído las regulaciones.

5.3.4.2.3 Educación nutricional

El MSPAS es el responsable de ejecutar los programas de educación nutricional en todas sus instalaciones y a través de los promotores de salud. Otras instituciones del gobierno, como el Ministerio de Educación también contribuyen. Sin embargo, hay una falta de material educativo y no hay un presupuesto específico para llevar a cabo estas actividades.

La única actividad educativa que tiene un presupuesto y que está aparentemente organizada al momento es la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna. Está coordinada por una comisión que incluye a personal profesional de varios ministerios e instituciones. Sus actividades se enfocan al estudio, vigilancia y promoción de la lactancia materna. Su presupuesto para 1985 fue más de 8.5 millones de dólares. El financiamiento externo proviene de UNICEF (75%) y de OPS (10%).

5.3.4.2.4 Producción de alimentos

Los programas para la producción y disponibilidad de alimentos son llevados a cabo por el Ministerio de Agricultura.[45] Estas actividades se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Mejoramiento de cultivos y desarrollo de tecnología apropiada para la producción de frutas y hortalizas.

2. Asistencia técnica a los agricultores para aumentar la producción. Esta asistencia técnica es ofrecida por el Ministerio de Agricultura.

3. Regulación de precios, distribución y almacenamiento de alimentos, que se está llevando a cabo por el Instituto Nacional de Comercialización Agrícola (INDECA).

4. Créditos para la producción de cultivos. Esta actividad se está llevando a cabo por el Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANDESA).

5. Redistribución de tierra a pequeños agricultores en todo el país a través del Instituto Nacional de Transformación Agraria (INTA).

6. Control y vigilancia de la calidad de los cultivos, plagas y salud del ganado a través de programas de vacunación realizados por DIGESA y DIGESEPE.

---

[45] Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. **Plan Nacional de Desarrollo 84-86. Plan Sectorial componente: Alimentación y Nutrición.** Guatemala, 1983.

El Ministerio de Desarrollo, que antes pertenecía a la oficina del presidente, está desarrollando actividades para mejorar el estado nutricional de la población.[46] Este Ministerio ofrece asistencia técnica, incluyendo educación nutricional, a agricultores y promueve las pequeñas empresas comunitarias para mejorar la situación económica local en áreas rurales. El presupuesto para estas actividades para 1985 fue de $905,480.

5.3.5 RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La desnutrición es un problema importante de salud en Guatemala. Las encuestas nacionales de nutrición desde 1965 han encontrado que más de la mitad de la población padece algún grado de desnutrición. Los problemas prioritarios de salud que se han identificado son la desnutrición proteínico-energética, la hipovitaminosis A, la deficiencia de iodo, y las anemias por deficiencia de hierro y folatos. Aunque no hay buenos datos recientes de nivel nacional sobre los niveles de desnutrición, la mayoría de estudios sugieren una tendencia de deterioro hacia los años ochenta. En especial, los indicadores antropométricos sugieren que en los años setenta el número de niños con bajo peso para talla aumentó y que la deficiencia de vitamina A y el bocio endémico están aumentado en la década de los años ochenta.

No hay soluciones fáciles para la desnutrición. Un enfoque multisectorial aparenta ser lógico pero casi imposible de implementar. INCAP ha estado promoviendo los enfoques multisectoriales para la planificación en nutrición en todos los países de Centro América, sin haber tenido mayor éxito. Recientemente ha cambiado su énfasis, apoyando iniciativas de supervivencia infantil como TRO, inmunizaciones y lactancia materna, las que posiblemente tendrán un impacto indirecto en los niveles de nutrición.

Aún no está claro que los programas de alimentación sean la forma más adecuada de mejorar los niveles de nutrición. Sin embargo, los programas más grandes del gobierno están enfocados hacia estos esfuerzos. Es probable que estos programas continúen mientras los productos del PL-480 y de otros donantes estén disponibles. Sin embargo, a estos programas les falta una dirección clara y la coordinación que debería ser proporcionada por el gobierno. No hay criterios claros para la prioridad de las actividades, selección de beneficiarios, coordinación y el mejoramiento de la logística de la distribución.

Los programas para aumentar la producción de alimentos básicos y para aumentar la capacidad de los grupos de bajo ingreso para comprar alimentos son probablemente los medios para mejorar los niveles de nutrición. Estos programas deberían ser patrocinados en las agencias adecuadas del gobierno de Guatemala.

Está claro, sin embargo, que las instituciones de salud no han dado suficiente énfasis a la educación nutricional, la vigilancia nutricional y las intervenciones específicas como la fortificación de alimentos que puede ser efectiva. Los programas de educación nutricional

---

[46] Dirección de Desarrollo de la Comunidad, Presidencia de la República. **3 Años de Labor Intensiva de la Dirección de Desarrollo de la Comunidad de la Presidencia de la República.** Guatemala, 1981.

necesitan financiamiento adecuado y prioritario. Los trabajadores de atención primaria en salud necesitan dar más atención a la educación y vigilancia nutricional.

RECOMENDACIONES

1. El MSPAS debe establecer un plan de coordinación claro y detallado para todos los programas de distribución de alimentos en el país. Este plan debe establecer prioridades para productos, distribución, y criterios para la selección de beneficiarios. INCAP, a través del proyecto regional para programas de alimentos financiado actualmente por AID, debe proporcionar asistencia técnica para el desarrollo del plan de coordinación.

2. AID debe proporcionar apoyo a estudios de costo-beneficio de los diferentes enfoques de alimentación complementaria y rehabilitación nutricional.

3. El MSPAS debe actualizar su programa de educación nutricional. INCAP y otras instituciones con experiencia en educación deben proporcionar más asistencia técnica. El Departamento de Nutrición y el Departamento de Educación en Salud deben recibir apoyo presupuestario y personal adecuado para tener mayor iniciativa en esta área. AID debe proporcionar financiamiento para esta asistencia técnica y fondos de inicio para las actividades de educación en salud.

4. AID debe apoyar proyectos de producción agrícola de alimentos básicos y otros proyectos que generen ingresos para mejorar la disponibilidad de alimentos y el poder adquisitivo de los habitantes de bajo ingreso.

5.4 OTRAS ENFERMEDADES TRASMISIBLES

5.4.1 MALARIA

5.4.1.1 Resumen

El desarrollo y prueba de insecticidas residuales potentes durante la década de los años cuarenta y el exitoso programa de erradicación que se llevó a cabo en Estados Unidos en 1950 alentó la esperanza de obtener resultados similares en otras partes del mundo. En la región Centroamericana, AID, OPS y UNICEF unieron fuerzas con los gobiernos de Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua (Costa Rica y Panamá se unieron posteriormente) para lanzar los Programas de Erradicación de la Malaria en 1956.

En Guatemala, como en otras parte, se creó una agencia semiautónoma para implementar el programa de malaria: el Servicio Nacional para Erradicación de la Malaria (SNEM). Estos programas siguieron básicamente la estrategia general implantada por la Organización Mundial de la Salud, que anticipó que las metas de erradicación deberían ser logradas en ocho a diez años, dependiendo de las condiciones iniciales en los países. Al final de la década de los años sesenta era obvio que los programas de erradicación de la malaria en el

mundo no alcanzarían sus objetivos y los donantes empezaron a disminuir su apoyo a los programas. El SNEM cambió gradualmente la política de erradicación a una de control intensivo.

Durante los años cuarenta y cincuenta hubo aproximadamente 300,000 casos de malaria por año en Guatemala.[47] Con el programa de control intensificado el número de casos disminuyó, de tal forma que de 1971 a 1976 el número de casos confirmados por año era en promedio menor de 7,000, con un valor menor de 4,030 casos en 1974. El terremoto de 1976 y la falla desafortunada del gobierno de comprar los insecticidas durante la época de fumigación subsecuente resultaron en un aumento dramático de incidencia de malaria, reportándose 69,000 casos en 1979 y más de 77,000 casos confirmados en 1982 (Gráfica 5.1).

La malaria continúa siendo una de las enfermedades trasmisibles reportadas más comunes en Guatemala.[48] En 1983, los 63,024 casos confirmados parasitológicamente representaron 43.4% de la morbilidad debida a enfermedades trasmisibles, seguida de influenza, en segundo lugar con 16.7%. El número de casos de malaria aumentó en 1984 a 74,132 y disminuyó a 54,958 en 1985. Se ha visto una disminución en los primeros seis meses de 1986 (37% menos que los meses de 1985 correspondientes), posiblemente por una primavera templada y la falta de lluvia. Sin embargo, la transmisión de malaria es más alta durante la época lluviosa (junio-noviembre) por lo que el número de casos puede ser igual al de 1985.

Estas cifras recientes son engañosas, sin embargo, como la vigilancia de malaria se basa solamente en la detección de casos pasivos; i.e. las personas que tienen escalofríos y/o fiebre y sospechan que tienen malaria se presentan a los colaboradores voluntarios pidiendo las drogas para la malaria y permitiendo que el colaborador obtenga un frote de sangre. De las 441,757 personas que buscaron tratamiento en 1985, 54,958 fueron diagnosticadas positivamente por el examen microscópico de las muestras de sangre.

Sin embargo, en una evaluación reciente de la eficiencia del sistema de detección de casos pasivos en Guatemala, sólo 23.6% de una muestra conocida de casos positivos había visitado al colaborador voluntario, 59% se había tratado por sí solo con medicinas compradas en la tienda o farmacia local y 13% no había buscado tratamiento.[49] Suponiendo que la cifra de 25% de detección se aplique a todo el país, la cifra oficial de 54,958 casos de malaria de 1985 representan un total nacional de 220,000 casos en 1985, de los cuales sólo 25% recibió tratamiento sistemático a través del servicio nacional.

5.4.1.2 Distribución de los casos reportados de Malaria

El Servicio Nacional para Erradicación de la Malaria (SNEM) calcula que una población total de 3.2 millones de personas viven en áreas de malaria. De éstos, donde se reportan casos, se han confirmado 17% como positivas. Para el país en total (población aproximada de ocho millones), la tasa de prevalencia es de 3.25%.

---

47 1977 Guatemala Health Sector Assessment.

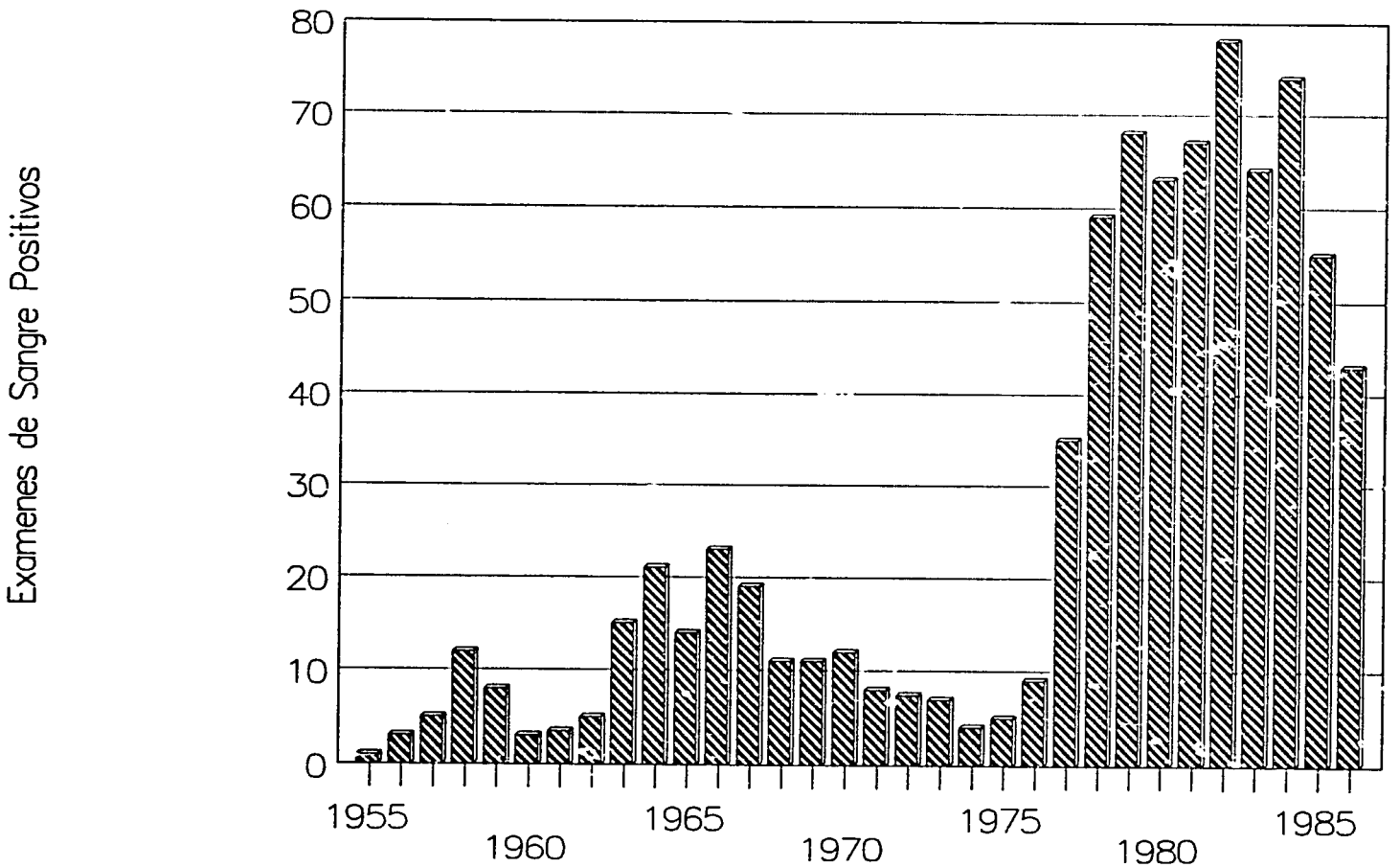
48 OPS, **Guatemala: Recopilación y Ordenamiento de Información para Diagnóstico de la Situación de Salud y su Relación con el Desarrollo Económico**, tomo III, Guatemala, 1985.

49 Ruebush, T.K., Godoy-Bonilla, H.A. and Klein, R.E.: 1985, **World Health Forum** Vol. 6: pp 274-277.

Para propósitos de vigilancia y control, el SENEM divide el país en tres zonas: norte, oriente-central y sur (costa del Pacífico). En los cinco últimos años (1981-85) el número de casos ha aumentado en el norte (22 a 30 mil casos); ha permanecido estable en la zona oriente-central cerca de 13 mil; y ha disminuído en el sur (de 31 a 14 mil). El porcentaje confirmado de casos de **Plasmodium falciparum** de 1981-85 ha sido en promedio 7.9 (oscilando entre 5.7 en 1985 a 9.6 en 1983). La malaria es más frecuente en el segundo semestre del año, con excepción de 1985 en que el número de casos fue más alto en el primer semestre.

El SNEM informa que cerca del 60% (o sea 40,000) de los 67,100 casos verificados de malaria por año ocurren en personas en edad de trabajar que están activas en las industrias ganaderas y agrícolas. La pérdida de trabajo se calcula en 15 días por cada caso de malaria, una pérdida anual de 600,000 días-hombre por año, o sea 1,726 años-hombre. Si el sistema de detección de casos tiene sólo 25% de exactitud, la pérdida es cuatro veces mayor.

Gráfica 5.1 Casos Reportados de Malaria
Guatemala : 1955 - 1986



Aunque la mortalidad atribuída directamente a la malaria no se ha reportado en años recientes, el impacto en relación a la desnutrición y otras condiciones como la diarrea no pueden dejar de verse como factores contribuyentes a la mortalidad, especialmente en los grupos etarios más jóvenes. No se han hecho estudios para determinar el papel que juega la malaria durante el embarazo como un factor en el aborto y la salud materna.

5.4.1.3 Vigilancia y tratamiento

La vigilancia (y tratamiento de casos) se basa en una detección de casos pasivos, utilizando una red de 6,222 colaboradores voluntarios (1985). Estos voluntarios son residentes locales que no reciben ninguna clase de remuneración y son seleccionados por sus vecinos. Son capacitados durante dos dias (en promedio) y reciben formularios de registro, tabletas de cloroquina para distribución y materiales (láminas de vidrio, alcohol y lancetillas) para tomar las muestras de sangre. Las personas que sospechan tener malaria visitan al colaborador y después de hacer la muestra de sangre reciben el tratamiento de dos tabletas (150 mg.) de cloroquina. Las láminas se mandan al SNEM, donde son analizados por personal capacitado. Las personas que tienen un resultado positivo reciben un tratamiento radical curativo que consiste en cloroquina y primaquina. La mayoría de malariólogos recomiendan que el tratamiento radical empiece siete (a lo máximo 14) días después de tomar la muestra de sangre. En la muestra de casos positivos, el período entre el tiempo que se tomó la muestra y se determinó que era positiva osciló entre 0-93 días (promedio 23 días); en 56% de los casos el período fue mayor de 15 días. El tratamiento radical fue dado sólo a 62% (34,124 pacientes) de los individuos que fueron diagnosticados como casos positivos. Ambos ejemplos (tardanza y falta de seguimiento) indican que el sistema puede mejorarse. El SNEM está intentando mejorar la eficiencia del sistema de colaboradores voluntarios. En conjunto con CDC y la Universidad del Valle, se están haciendo estudios para mejorar el sistema de colaboradores.

Además de proporcionar el tratamiento radical a los casos positivos, el sistema de vigilancia indica las áreas de transmisión activa para que se pueda fumigar directamente donde se necesita. La tardanza y el seguimiento del 60% con el tratamiento radical indican que la fumigación de emergencia no se lleva a cabo rápidamente. En 1986 esta tardanza se agravó por la falta de insecticidas, lo que mantuvo la fumigación de rutina a un mínimo.

La División de Malaria del MSPAS está haciendo dos estudios para evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas de los trabajadores de malaria y de las comunidades. Estos estudios están financiados por el Programa Especial de Enfermedades Tropicales de la OMS. Además, hay una prueba en la zona sur, donde los voluntarios del área dan tres días de tratamiento con cloroquina (150 mg.) y primaquina (15 y 5 mg. de acuerdo a la edad) y no están tomando muestras de sangre para ver si el uso del servicio mejora. Estas pruebas se evaluarán posteriormente con la detección de casos activos.

Como se mencionó anteriormente, 60% de las personas en el estudio de evaluación preferían comprar su medicina en las tiendas y farmacias locales. Como esta cifra es mucho mayor que el 24% que va a los colaboradores voluntarios, sería adecuado un estudio que involucrara tanto al sector privado como la vigilancia y el tratamiento.

5.4.1.4 Control de vectores

a. **Insecticidas** Aunque no se han recibido donaciones para la compra de insecticidas de las agencias internacionales desde 1969, el gobierno de Guatemala ha proporcionado consistentemente los fondos para su compra. El gasto promedio anual en pesticidas ha sido aproximadamente de Q1.3 millones, o sea el 36% del presupuesto anual de la División de Malaria, aunque los gastos bajaron a Q0.5 millones en 1985.

Estas limitaciones financieras han tenido un efecto drástico en la cobertura de fumigación que ha bajado desde 1980. Aproximadamente, 1,500 comunidades se fumigaron en 1984, 2,000 en 1985, lo que representó 87% y 83% de disminución, respectivamente, del nivel de 1980.

El equipo de la División de Malaria (vehículos, lanchas, motores y equipo para fumigación) son viejos y necesitan ser reemplazados. Es muy difícil obtener repuestos.

Las pruebas de susceptibilidad que se llevaron a cabo en 1985 mostraron que una mortalidad aceptable del principal vector, **Anopheles albimanus**, todavía se alcanza en algunas partes del país. Los resultados indican que con excepción de la zona sur, el control con el tratamiento de insecticidas es posible, dado que los recursos fiscales proporcionen una cobertura de fumigación adecuada.

El argumento principal en contra de la fumigación domiciliar es el costo recurrente de los insecticidas, equipo y mano de obra. El desarrollo de la resistencia a los insecticidas requiere de la substitución por insecticidas nuevos y, generalmente, más caros. Finalmente, el costo de la cobertura total es inaceptable y no puede ser mantenido. Por otro lado, la fumigación manual en base de focos para controlar los brotes locales puede ser efectiva y costo-efectiva si existe un sistema adecuado de vigilancia y se pudiera mantener tal unidad técnica. También habrán otros beneficios, como el control del **Aedes aegypti** y la oncocercosis.

b. **Disminución de Fuentes:** Ha habido uso poco sistemático de la disminución de fuentes debido a que se consideraba cara o ineficiente por lo numeroso de los lugares de reproducción. Sin embargo, la disminución de las fuentes debería ser evaluada en algunas comunidades. Por ejemplo, esfuerzos modestos podrían ser efectivos si se identificaran pequeños problemas de manejo de agua que pueden producir mosquitos vectores en un área cercana a las comunidades del área rural. Estos sitios de reproducción pueden ser eliminados rellenando o haciendo trabajos de drenaje con mano de obra local como una forma de participación comunitaria, si se diera educación y liderazgo. Los propietarios de las fincas también deberían estimularse para participar en estos esfuerzos. Una disminución de fuentes de mayor escala podría utilizarse en ciertas condiciones donde se requieran capacidades de ingeniería, por ejemplo, en esteros de la costa del Pacífico, que se conocen como sitios de reproducción del anófeles. También debe darse consideración a despejar las zanjas de irrigación y drenajes que están tapadas.

La disminución de fuentes proporciona trabajo para las personas que están sin empleo cuando se hace a nivel local. Llevada a cabo adecuadamente no requiere de costos recurrentes como los necesarios para la compra de pesticidas. La disminución de fuentes también puede

disminuir la dependencia de pesticidas, que deben ser comprados en el extranjero con moneda extranjera, lo que es una gran limitación para el programa de malaria en este tiempo.

c. **Otras Formas de Control de Vectores:** El control biológico con uso de peces predatorios ha tenido una larga historia en Centro América y todavía puede ser útil, en especial en habitats hechos por el hombre.

Los larvicidas, en general, no han sido evaluados completamente. Además, los larvicidas químicos , el uso de micróbicos (**Bacillus thuringiensis** H-14 y **B. sphaericus**) ha tenido gran éxito en ciertas áreas. Su uso está garantizado donde la posible contaminación por químicos pueda crear inquietud. Los nuevos compuestos que regulan el crecimiento pueden ser exitosos en otras áreas donde los larvicidas han sido prácticos.

Otros medios que se están considerando actualmente en Centro América incluyen el uso de permetrin (un insecticida piretroide sintético), redes impregnadas y repelente DEET, para protección personal.

En general, la investigación operacional no se ha utilizado adecuadamente para probar y mejorar métodos de control de vectores ni el sistema de vigilancia y cobertura con las drogas terapéuticas, con excepción de lo que se mencionó anteriormente. A pesar de los recursos restringidos, el énfasis en investigación operacional proporcionaría nuevas formas de control y estimularía el interés y la moral de trabajo. Deben hacerse esfuerzos para incluir a las universidades nacionales (tanto catedráticos como estudiantes) en tal investigación. Inicialmente, se necesitará capacitar al personal en la planificación, implementación y evaluación de la investigación operacional.

Al momento, el SNEM divide al país en tres zonas ecológicas: la información se puede cotejar por departamentos y se puede usar en un esquema nacional de regionalización. Las amplias redes que recolectan información sobre malaria podrían proporcionar información sobre otros factores que influyen en la transmisión de malaria (condiciones socio-económicas, precipitación, temperatura y, en áreas seleccionadas, la reproducción de mosquitos y densidad). Tal información permitiría una estratificación más específica de las áreas de alto riesgo: como las recomendaciones que fueron hechas por OPS en el Programa de Necesidades Prioritarias de Salud para Centro América y Panamá, el Acuerdo OPS-AID, No. 1-597-0136, componente de Malaria.

5.4.1.5 Propuestas recientes para apoyo de donantes

La División ha recibido un promedio de aproximadamente Q3.5 millones al año de fondos nacionales durante los últimos diez años. No se han recibido fondos del extranjero para pesticidas, vehículos ni equipo de fumigación. Un número considerable de donaciones para capacitación en el extranjero se han proporcionando desde 1977 por OPS, más recientemente (1986 a la fecha), por AID.

El Acuerdo OPS/USAID (Componente de Malaria) No. 1-597-0136 para 1986-1990 proporciona financiamiento para investigación, capacitación, coordinación en epidemiología y estrategia. Fondos para operaciones de control no están disponibles a través de este programa.

Se hizo una petición de emergencia para fondos (suministros y equipo) a AID/Guatemala. En conjunto con otros países de Centro América, Guatemala pidió al Banco Interamericano de Desarrollo un préstamo de US$15 millones por cuatro años para el control de malaria y "otras enfermedades tropicales".

5.4.1.6 Programas verticales de control de malaria versus control a través de atención primaria de salud

En todo el mundo hay conflicto entre los programas verticales de control de malaria y el énfasis actual en establecer sistemas de atención primaria en salud (APS) que puedan incorporar algunas de las actividades de control de malaria. Ha habido cierto grado de resistencia a la adaptación de APS en el control de malaria.

Al momento, el enfoque propuesto generalmente es integrar la vigilancia y distribución de las drogas contra la malaria al sistema de APS cuando es capaz de llevar a cabo esta función y mantener la capacidad de fumigar técnicamente como una unidad coordinada que responde a las necesidades locales. No se asume que las actividades de fumigación puedan llevarse de forma segura por trabajadores de APS, por lo que se necesita una unidad administrativa central para los aspectos de logística. El personal técnico de la unidad de control de malaria puede ampliar operaciones en la disminución de fuentes y otras medidas preventivas, mejorando la efectividad a través de proyectos de investigación operacional. El desarrollo de la integración depende en el tipo de sistema de APS que asuma las funciones mencionadas anteriormente y en la anuencia de las autoridades de control de malaria para colaborar, así como de diversificar sus actividades que son dependientes completamente de la fumigación intradomiciliar con insecticidas residuales. También es inherente la necesidad de estratificar la situación de la malaria en el país y desarrollar métodos mejorados de vigilancia.

5.4.1.7 Resumen y recomendaciones

El programa de control de la malaria en Guatemala es llevado a cabo en forma eficiente, operando en forma tradicional, dependiendo de la fumigación domiciliar, con vigilancia y terapia contra la malaria que se distribuye a través de un sistema de colaboradores voluntarios. Ha recibido consistentemente, aunque inadecuado, financiamiento de recursos nacionales, que se encuentran amenazados por el poder adquisitivo de la moneda nacional. El suministro de insecticidas para la fumigación futura es inadecuado, y los vehículos y equipo son viejos y necesitan ser reemplazados.

Los casos de malaria en promedio han sido 67,100 casos anuales (7.9% **P. falciparum**) durante cinco años (1981-1985); hubo una disminución de 26% en el número de casos confirmados en 1985 y esta disminución continuó durante los primeros seis meses de 1986. La fumigación se ha disminuído continuamente desde 1980 debido a los recursos decrecientes. La

razón de la disminución en el número de casos, especialmente en la costa del Pacífico no se conoce, pero una disminución similar se observó en El Salvador en ambientes ecológicamente similares.

La disminución en las operaciones de fumigación en los últimos cinco años no ha resultado en un aumento de malaria en el país. Esto puede indicar que una mayor número de los casos reportados puede ser debido a recaídas, que no son afectadas por la fumigación. Estudios sobre el contacto hombre-mosquito hacen esto más claro. Si es cierto, el control de malaria puede ser logrado a través de una distribución mejorada, lo que puede incluir algunos aspectos de vigilancia y distribución de drogas a través de servicios alternativos, como los sistemas de APS. En cualquier caso, el conocimiento mejorado de la dinámica de transmisión y la vigilancia estratificada de los casos es esencial.

El programa de control de la malaria ha alcanzado lo que se conoce como operaciones estáticas. Los recursos financieros limitados no proporcionan reemplazo del equipo viejo ni compra de insecticidas para proporcionar la cobertura de niveles pasados. Sin embargo, el costo de los insecticidas, especialmente los que se necesitan para sobrepasar la resistencia que se ha desarrollado con los compuestos más baratos, es prohibitivo como la única solución al problema de la malaria. Se necesita desarrollar nuevas estrategias de vigilancia y control para utilizar los escasos recursos en una forma más efectiva, mientras que al mismo tiempo se enfoquen los esfuerzos en áreas focales.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proporcionar financiamiento y asistencia técnica para apoyar investigaciones operacionales sobre varias estrategias de vigilancia y control. Debe considerarse la información sobre la densidad de la población de vectores, conducta y relación a las actividades humanas, y los resultados y los datos deben utilizarse en el proceso de estratificación. Las universidades nacionales deben ser estimuladas para participar en la investigación en colaboración con SNEM. Un objetivo central de estos estudios podría ser encontrar formas de disminuir la dependencia en la estrategia actual de fumigación domiciliar con insecticidas químicos. Las estrategias de disminución de fuentes debe ser evaluada con financiamiento local de AID.

2. El MSPAS debe continuar la estrategia de integrar los programas de vigilancia y tratamiento de la malaria al sistema de entrega de atención primaria en salud. Sin embargo, el control de vectores debe continuarse administrando centralmente como un programa vertical para facilitar las necesidades de logística.

3. Los programas de capacitación, supervisión y educación en salud de la Unidad de Recursos Humanos del MSPAS deben ser fortalecidos para mejorar el conocimiento sobre la vigilancia y control de la malaria -- especialmente a nivel de los auxiliares de enfermería y de TSR. AID debe apoyar el desarrollo de módulos de capacitación específicos sobre malaria.

4. El MSPAS, con apoyo de AID, debe mejorar e integrar su sistema de vigilancia de malaria al sistema de información de salud de la Unidad de Informática. Este esfuerzo debe ser coordinado con otras reformas del sistema de información de salud que AID está apoyando actualmente.

24.0% de 1935-39
13.1% de 1940-59
10.5% de 1960-69
8.7% de 1970-79

Debido a la atención que ha recibido la oncocercosis desde 1975 en Africa Occidental, donde la enfermedad es altamente prevalente y un factor importante que inhibe el desarrollo socioeconómico debido a la ceguera resultante, se han hecho avances considerables que pueden aplicarse en Guatemala, donde ya se ha iniciado la investigación sobre su uso. Entre éstos, vale la pena mencionar dos aspectos:

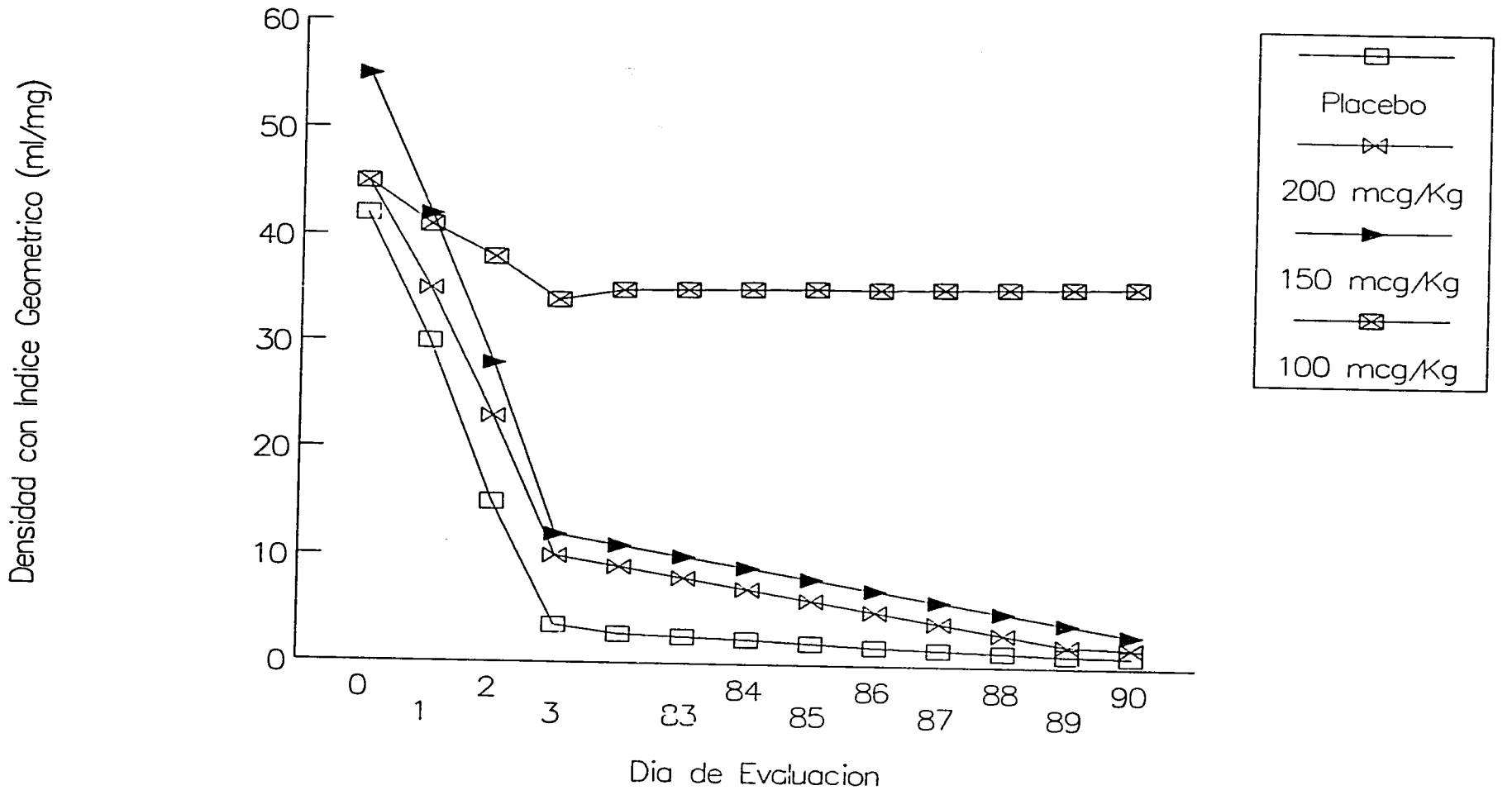
1. **Quimioterapia** - Se ha demostrado que la droga **Ivermectin** (nombre comercial de Merck & Cía.) es un microfilaricida eficiente, reduce el número de microfilaria en individuos infectados, reduciendo los síntomas y la patología, especialmente disminuye el potencial de transmisión. En un estudio preliminar aún no publicado por Zea Flores, la densidad de las microfilaria se disminuyó hasta 5% del nivel original y permanecieron a ese nivel por más de 9 meses después de una sola dosis oral de Invermectin. (Gráfica 5.2) Estos resultados son similares a los obtenidos en Africa Occidental. Se requieren más pruebas de campo antes de que se utilice la **Ivermectin** en gran escala. Estos incluyen:

   a. Análisis del tiempo que una dosis de **Ivermectin** controla el nivel de microfilaria en niveles bajos que no producen mayor patología y/o apoyen más transmisión. Los efectos de la oncocercosis dependen de la "carga de gusanos" acumulados debido a las infecciones repetidas durante un largo período de tiempo por múltiples mordidas de las moscas negras infectadas que deben recibir la infección, ellas mismas, de personas infectadas. La disminución de la parasitema interrumpe la cadena de transmisión. Esto es especialmente cierto en Guatemala, donde el vector principal **Simulium ochraceum** es ineficiente. Muy pocas moscas negras que muerdan a personas infectadas se convierten en infecciosas (las microfilaria deben desarrollarse más dentro de la mosca para ser infecciosas para el hombre) y por lo tanto capaces de infectar a más individuos. En contraste, el vector principal africano, **Simulium damnosum**, es muy eficiente y entre 35-50% de las moscas que pican al hombre se tornan infecciosas.

   b. Aunque **Ivermectin** no ha demostrado efectos secundarios de importancia que limiten su uso en tratamientos masivos, se necesitan más pruebas, especialmente en niños y mujeres embarazadas.

2. **Control de vectores:** Las moscas negras que son vectores de la oncocercosis pueden controlarse por larvicidas en los arroyos en los que se reproducen. Los insecticidas son de poco valor en Guatemala y México para el control de las moscas maduras que ya pican. En el pasado, el uso efectivo de larvicidas fue de poco valor debido al tamaño pequeño y al número grande de los arroyos localizados en las montañas cubiertas de bosques que la **Simulium ochraceum** escoge para su reproducción. Por lo tanto la fumigación por aérea de larvicidas como se hace en Africa es imposible.

Gráfica 5.2 Ivermectin en Oncocercosis
Etapa II, Estudio Doble-Ciego en Guatemala



En el momento, sin embargo, hay técnicas bien desarrolladas para el control, utilizando larvicidas químicos y microbiológicos que se aplican manualmente en fórmulas de efecto lento que pueden ser efectivas durante un período prolongado de tiempo. Se ha demostrado que tanto el organofosfato Abate (temephos) como el **Bacillus thuringiensis israeliensis** (SH-14) son efectivos para el control de la mosca negra en países con temperatura templada y tropical, cuando se utilizan de esta manera.

En 1979 se inició un proyecto piloto para el control de vectores en la región de San Vicente Pacaya para evaluar varias técnicas de aplicación de diferentes dosis de larvicidas. Se escogió Temephos para ser aplicado manualmente en todos los sitios de reproducción de la mosca negra. Después de cinco años en 1983, fue posible disminuir la tasa anual de picaduras del vector al nivel provisional seguro planificado desde el inicio del proyecto (menos de 8,000 picaduras totales). Actualmente, el área controlada ha aumentado de 3 km^2 a 108 km^2 utilizando sólo 1500 kg de larvicida por año. Sin embargo, Guatemala no tiene presupuesto para la compra de larvicidas para continuar con este proyecto.

Como el propósito del larvicida es disminuir, no eliminar, la población de mosca negra, su uso en conjunción con quimioterapia para personas infectadas deben complementarse, especialmente en casos de mal cumplimiento del tratamiento. Estas acciones disminuirán tanto la población de parásitos microfilaria y los vectores al punto en que la cadena de transmisión puede ser rota completamente.[50]

5.4.2.2 Comentarios

El Departamento de Oncocercosis del MSPAS ha desarrollado un plan de operaciones para más trabajo en oncocercosis en Guatemala y algunos recursos se han obtenido de la OMS para algunos elementos de investigación del programa. Merck y Compañía ha proporcionado cantidades de **Ivermectin** sin costo alguno para las pruebas preliminares.

Este programa podría ser muy exitoso, eliminando en un período corto de tiempo, la necesidad del programa de nodulectomía que el gobierno ha operado desde 1935. Si es exitoso, no tendría costos recurrentes. La política nacional del plan del Ministerio es continuar con las actividades de control de oncocercosis, incluyendo la investigación de tratamiento y nodulectomías. Los recursos utilizados actualmente para el control de oncocercosis podrían ser canalizados hacia otras enfermedades tropicales transmitidas por vectores que reciben actualmente poco financiamiento, como la enfermedad de Chagas o la leishmaniasis. Como muchas de las personas infectadas son trabajadores de las fincas de café, hay una oportunidad de incluir al sector privado en el programa, así como la participación comunitaria a través de educación y diagnóstico.

---

50 Dietz, K. 1982. The population dynamics of onchocerciasis. pp. 209-241. In: Population Dynamics of Infectious Diseases - Theory and Applications. Edited by R.M. Anderson. Chapman and Hall, London.

5.4.2.3 Resumen

Un total de 433,000 habitantes viven en áreas endémicas de oncocercosis en Guatemala, donde se calculan 60-80,000 casos de personas infectadas. Se calcula que los casos severos de ceguera son 1% a 3% de los infectados.

Recientemente se han logrado avances en las técnicas de control de vectores y en el tratamiento de la enfermedad, tanto en Guatemala como en Africa Occidental. Existe una buena oportunidad para llevar a cabo un programa exitoso de control, y quizás, un programa de erradicación en Guatemala. Como el propósito de las operaciones de control de vectores es disminuir, no eliminar, la población de mosca negra, su uso en conjunción con quimioterapia para las personas infectadas debe ser complementario para romper completamente la cadena de transmisión.

5.4.2.4 Recomendaciones

1. AID debe proporcionar apoyo financiero y asistencia técnica para una campaña nacional para erradicar la oncocercosis en Guatemala. Este programa debe proporcionar Ivermectin para el tratamiento y la disminución de la transmisión potencial, y debe ser continuado con una estrategia de control de focos de vectores en las área definida de transmisión.

2. AID debe apoyar estudios e investigaciones operacionales en las siguientes áreas:

   a. Evaluar las estrategias de control de vectores para determinar los mejores métodos de aplicación de pesticidas.

   b. Estudiar la duración de la acción microfilaricida de una dosis de **Ivermectin** como un medio de disminuir la transmisión potencial.

   c. Evaluar los efectos secundarios de Ivermectin.

   d. Realizar más pruebas comunitarias para evaluar el impacto de la quimioterapia en la transmisión de oncocercosis.

5.4.3 DENGUE/AEDES AEGYPTI

5.4.3.1 Antecedentes

Como mínimo han ocurrido nueve epidemias de fiebre amarilla en Guatemala entre 1860 y 1920, pero no se ha reportado ningún caso desde 1921. No se considera una amenaza de salud importante en el momento pero las operaciones adecuadas de control de vectores son las mismas para la fiebre de dengue, ya que ambas enfermedades comparten el mismo vector.

El último brote epidémico de dengue en Guatemala sucedió en 1978 en el departamento de Escuintla, después de una epidemia de unos 100,000 casos en San Pedro Sula (Honduras), que fue considerado el foco para los brotes en otros países de Centro América. En 1981, una gran brote apareció en los países del Caribe, incluyendo casos con síndrome hemorrágico (Fiebre Hemorrágica de Dengue o FHD), registrándose más de 350,000 casos en Cuba, y más de 150 muertes, principalmente en niños.[51]

Aunque es más probable que los visitantes hayan traído el virus al país, no han habido casos recientes reportados, debido al control intensivo del vector de áreas urbanas el **Aedes aegypti** en toda Guatemala.[52]

El **Aedes aegypti** se ha encontrado en 401 comunidades de Guatemala: 359 de estas comunidades han sido positivas en los dos años antes de 1985, y en las otras 42 comunidades se reportaron por primera vez infestaciones recientes en 1985.

El control es administrado por la División de Malaria del MSPAS y se basa en la vigilancia de los sitios de reproducción de los vectores en estado de larva en las área urbanas. Estos (latas, botellas, llantas y otros receptáculos sin valor para la población) son destruídos o tratados con un larvicida (temefosfato) cuando el receptáculo tiene algún valor. A través de la participación comunitaria se estimula a la población local para que practique medidas sanitarias eliminando los sitios potenciales de reproducción en base rutinaria. En algunos caos, el control del mosquito adultos, es necesario utilizar tratamiento de volumen ultra bajo (ULV) con malathion y/o K-Ohrine (un piratroide).

En el sistema guatemalteco, el tratamiento para el control del mosquito puede ser: a) **Supresivo** - tratamiento inmediato de las larvas que se sospecha son de **Ae. aegypti**; o b) **Integral** - donde la población de larvas de **Ae. aegypti** son verificadas. Las cantidades de pesticidas utilizadas (1985) exceden las cinco toneladas métricas de larvicida (Temephos) y dos toneladas métricas de adulticidas (Malathion, K-Othrine).

5.4.3.2 Resumen y recomendaciones

La amenaza de dengue (y FHD) es muy real en toda Centro América. La vigilancia de y el control de el **Aedes** sp. en áreas urbanas es la forma más efectiva de prevenir y debe ser estimulada en otros países a riesgo. En 1986, el CDC reportó la circulación de varios tipos serológicos de dengue en el Caribe y en Sur América (comunicación personal con AAA) por lo que la amenaza de FHD existe. Un brote serio de dengue no sólo producirá un gran problema nacional de salud, con el riesgo de mortalidad epidémica de niños, sino que también puede tener efectos económicos serios, afectando la industria turística.

RECOMENDACION

---

51 Godoy, Héctor. División de Malaria comunicación personal, 1986
52 Memoria Anual, División de Malaria, 1985

AID debe proporcionar apoyo financiero y asistencia técnica para el programa de control de **Aedes** de la División de Malaria del MSPAS para disminuir la amenaza de dengue en la región Centroamericana. El control debe hacer énfasis en el saneamiento de áreas urbanas y debe reservar el tratamiento con insecticidas para situaciones epidémicas.

5.4.4 ENFERMEDAD DE CHAGAS

5.4.4.1 Antecedentes

La enfermedad de Chagas o Trypanosomiasis americana se estudió por primera vez en Guatemala en 1933 por Reichenov.[53] El encontró que **Triatoma dimidiata** se encontraba frecuentemente en el sur de Guatemala, y de 29% a 35% de las especies de este vector estaban infectadas con el parásito **Trypanosoma cruzi**. El **Trypanosoma cruzi** se encontró en las muestras de sangre de tres de cada 100 niños que se examinaron en el área, y en tres perros.

Luego, E. Blanco-Salgado encontró una fuerte infestación de **Rhodnius prolixus** en los hogares del oriente de Guatemala. El encontró porcentajes altos de infección entre estos insectos, que llegaron hasta un 100% en Sanarate.

Otros estudios en Guatemala han demostrado la presencia de otros vectores potenciales, infecciones humanas y enfermedad. Sin embargo, la importancia de la enfermedad de Chagas como un problema de salud pública se desconoce en Guatemala debido a la falta de la información epidemiológica necesaria.

La mortalidad por enfermedad de Chagas se debe a una miocarditis severa o a meningoencefalitis. Estas muertes y los casos de enfermedad ocurren generalmente en áreas rurales donde la enfermedad es endémica y rara vez se hacen estudios serológicos o parasitológicos para hacer el diagnóstico. Casos moderados de la enfermedad de Chagas son difíciles de identificar clínicamente. Por lo tanto, la información de morbilidad a nivel nacional no es confiable ni está disponible, no sólo en Guatemala sino también en la mayoría de países de América Latina donde la enfermedad es endémica.

5.4.4.2 Actividades realizadas por el MSPAS

El Departamento de Enfermedades Parasitarias de la Unidad de Programas Aplicados del MSPAS ha llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos de esta enfermedad. Estas actividades incluyen estudios entomológicos, búsqueda de casos activos, e investigación aplicada de diagnóstico y tratamiento. En 1953, se iniciaron estudios sobre la distribución geográfica de los vectores potenciales y la infección de humanos a través de la captura de artrópodos, muestras de sangre para hacer cultivos **in vitro** y para exámenes serológicos,

---

53 Necesidades Prioritarias para el Control del Aedes Aegypti, Guatemala

xenodignósticos y evaluación del índice de infección de todos los vectores potenciales con **T. cruzi.** La información disponible de todas estas actividades se puede resumir como sigue.[54]

De 1979 a 1982, cerca de 50% de un total de 35,993 hogares encuestados estaban infestados con vectores potenciales, de los cuales 24% estaban infectados con trypanosomas sin especificar.

La búsqueda de casos activos de 1977 a 1980 mostró sólo 17 casos en 1978 (0.2 por 100,000), y cinco casos en 1980 (0.1 por 100,000) por xenodiagnóstico en 246 habitantes de las áreas endémicas. Sin embargo, V.D. España reportó de 1979 a 1982 una tasa de prevalencia de 27.6% utilizando la prueba de hemaglutinación serológica directa en una muestra de 596 habitantes de las área endémicas de Guatemala.

En las áreas endémicas de Guatemala hay cerca de 1.5 millones de personas. Por lo tanto, aplicando el porcentaje de positivos obtenido con los exámenes serológicos (27.6%) se calcula que hay 14,000 personas potencialmente infectadas. Sin embargo, la mitad de la población de las áreas estudiadas viven en área urbanas o semi-urbanas, donde es poco probable que las condiciones de vivienda sean favorables para la reproducción de los vectores potenciales.

La búsqueda de casos pasivos identificó 2,519 casos de infección en el período de 1979 a 1982. Estos casos fueron en 18 de los 22 departamentos del país. (Ver Cuadro 5.41)

Se ha especulado que la incidencia de la enfermedad Chagas ha disminuído en Guatemala debido a varios factores, incluyendo: el uso de insecticidas por el programa de malaria donde la enfermedad de Chagas es también endémica; el mejoramiento de las viviendas que cambiaron el techo de paja por lámina; el uso frecuente de insecticidas por los habitantes de las áreas rurales y el uso de la energía eléctrica. Sin embargo, no existe información epidemiológica para apoyar esta hipótesis. El Departamento de Enfermedades Parasitarias ha planificado estudios epidemiológicos de la enfermedad en el país, para determinar el cuadro clínico y la patología de la enfermedad en Guatemala.

Actualmente las actividades del Departamento de Enfermedades Parasitarias relacionadas con la enfermedad de Chagas son muy limitadas. Estas son:

1. Encuestas entomológicas en los hogares sólo cuando sean requeridas por cualquier autoridad de salud o civil.

2. Ayuda con diagnósticos parasitológico y serológico sólo cuando sea requerido por hospitales o centros de salud.

3. Un estudio de una droga "Lampit" (nitrofurano) fue suspendido por falta de fondos, después de estudiar diez casos.

---

[54] España, V.M.: Enfermedades Parasitarias en Guatemala, 1983

4. La vigilancia epidemiológica en niños de edad escolar en áreas endémicas ha sido suspendida por falta de fondos.

CUADRO 5.41

Casos de Enfermedad de Chagas por Departamento
Guatemala, 1979 - 1982

Departamento	Casos	Tasa Anual por 100,000
Petén	18	2.2
Alta Verapaz	12	1.2
Izabal	7	0.8
Baja Verapaz	32	6.6
Zacapa	238	47.3
Chiquimula	306	41.2
Progreso	353	96.6
Jalapa	341	60.4
Jutiapa	787	70.4
Santa Rosa	246	26.9
Guatemala	53	0.7
Sacatepéquez	11	2.1
Escuintla	72	4.9
Chimaltenango	8	0.6
Suchitepéquez	4	0.4
San Marcos	23	2.7
Huehuetenango	2	0.1
El Quiché	6	0.4
Total del País	**2519**	**8.4**

Fuente: España, V. M., **Enfermedades parasitarias en Guatemala**, 1983.

5.4.4.3 Comentarios y recomendaciones

Lo datos de morbilidad y mortalidad por enfermedad de Chagas en Guatemala no son completos ni confiables por los problemas de cobertura de la atención médica del MSPAS y el diagnóstico de los casos moderados de la enfermedad es difícil sin los servicios de laboratorio.

El índice reportado de hogares infestados (50%) por los vectores potenciales es alto y también lo es la tasa de infección por trypanosomas, 24%.

Sin embargo, no hay información de cuántos vectores se encontraron por hogar ni de las especies de trypanosomas que se encontraron en estos vectores. Esta información complementaria en importante para evaluar la importancia de la transmisión, así como conocer qué proporción de la infección es por **T. cruzi** y no por **T. rangeli** (que no produce infecciones en humanos).

El uso de Xenodiagnóstico es de poco valor si no es lo suficientemente sensible y es difícil de hacerlo adecuadamente cuando se usa en grandes encuestas. El uso del diagnóstico serológico, como la hematoaglutinación directa, que es un examen más adecuado y sensible muestra resultados que concuerdan con los hallazgos entomológicos. Si la cepa de **T. cruzi** es tan patógena como en otros países (como Venezuela), se esperaría que más del 20% de los casos seropositivos mostraran daño del miocardio cuando se utiliza la electrocardiografía en el diagnóstico. No hay evidencia de que la enfermedad de Chagas en Guatemala produzca otra patología además del daño al miocardio, como megacolón que se encuentra en algunas partes de América del Sur.

Es difícil evaluar la importancia actual de la enfermedad de Chagas en Guatemala debido a la falta de información epidemiológica confiable. Sería importante continuar con las encuestas entomológicas y serológicas en las áreas endémicas y es esencial la participación del MSPAS en la búsqueda de casos activos en todas las áreas rurales. Se necesita capacitación especial en la epidemiología básica de la enfermedad para el personal médico y paramédico para la identificación de grupos a riesgo. La investigación de la residencia o viajes por las áreas endémicas, las condiciones de la vivienda y la presencia de vectores en los hogares facilitarán la identificación de los casos sospechosos. Los casos potenciales deben ser estudiados tomando muestras de sangre y enviando las muestras a los servicios de laboratorio más cercanos para hacer el diagnóstico.

Al momento, la participación del Departamento de Enfermedades Parasitarias en ensayos clínicos debe ser evaluada a profundidad antes de tomar una decisión, ya que no se ha encontrado un tratamiento efectivo para la enfermedad de Chagas. Las únicas medidas preventivas efectivas en las áreas endémicas son el mejoramiento de las condiciones de la vivienda y la educación en salud para mejorar la higiene y evitar los animales domésticos como perros y gatos en las casas, el control de ratas, marsupiales y otros reservorios en los alrededores.

RECOMENDACION

AID debe apoyar las encuestas entomológicas y serológicas, que sean necesarias para evaluar la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en Guatemala y colaborar con el Departamento de Enfermedades Parasitarias del MSPAS en el estudio de la patología y cuadro clínico de esta enfermedad en Guatemala.

5.4.5 LEISHMANIASIS

5.4.5.1 Antecedentes

La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria endémica en áreas rurales. En Guatemala ocurre en áreas tropicales donde los vectores (**Phlebotomus sp.**) y otras moscas transmiten los parásitos protozoarios **Leishmania mexicana** y **Leishmania donovani**. El primero produce leishmaniasis cutánea o mucocutánea y el segundo leishmaniasis visceral

Leishmania mexicana es principalmente un parásito de roedores salvajes, produciendo lesiones características en esos animales. La leishmaniasis tiene típicamente un ciclo selvático a través de la interacción del vector, parásito y roedores: el hombre se infecta sólo cuando está en la selva o en lugares aislados en áreas tropicales. La transmisión de persona a persona es muy poco probable ya que sólo un número pequeño de parásitos se encuentran en las lesiones de la piel, las únicas fuentes de infección del vector.

En Guatemala sólo se han reportado seis casos de leishmaniasis visceral en los últimos 22 años: uno en el departamento de Santa Rosa y los otros cinco en el departamento de El Progreso.[55] Todos fueron niños que murieron como resultado de la enfermedad. La leishmaniasis cutánea se encuentra con más frecuencia: esta enfermedad sólo produce lesiones en la piel y en las mucosas. De 1979 a 1982 se reportaron 785 casos de los seis departamentos (Cuadro 5.42). Se reportaron un promedio de 75 casos anuales. Sin embargo, la incidencia puede aumentar por la migración por los nuevos asentamientos en el departamento de Petén, donde es más común la enfermedad.

Estudios actuales hechos por la Unidad de Investigación y Capacitación en Etimología Médica (CDC) entre personas civiles de Petén y en las pruebas clínicas en las bases militares sugieren que la incidencia en algunas áreas es más alta de lo que muestra la información reportada. Estos estudios sugieren que 50% de la población que vive en áreas de exposición esta infectada.[56]

5.4.5.2 Actividades realizadas por el MSPAS

El Departamento de Enfermedades Parasitarias de la Unidad de Programas Aplicados del MSPAS ha llevado a cabo actividades muy limitadas. Estimula la notificación, ofreciendo ayuda en el diagnóstico clínico y de laboratorio, así como en el tratamiento. Sin embargo, no hay un programa de búsqueda de casos activos ni investigaciones sobre epidemiología.

---

55 España, op. cit.
56 Dr. Thomas Navin, Medical Etymology Research and Training Unit (CDC), comunicación personal, 1987.

5.4.5.3 Comentarios y recomendaciones

Se conoce muy poco sobre la leishmaniasis, no sólo en Guatemala sino en muchos países de Centro América y México. Se necesitan más estudios sobre la epidemiología de la enfermedad para conocer más sobre la diferencia en transmisión de la infección en diferentes situaciones ecológicas. No se conocen los reservorios potenciales domésticos y peridomésticos en Guatemala.

Aunque el número de casos reportados es bajo, puede ser indicativo que la leishmaniasis no es un problema grande de salud pública en Guatemala, los estudios clínicos recientes sugieren que en ciertas áreas, en especial Petén, el problema se está generalizando. La vigilancia de nuevos casos de la enfermedad sería recomendable.

La educación en salud para personal médico y paramédico para la identificación de casos es esencial, especialmente en las áreas endémicas. Las encuestas de búsqueda de casos activos aumentan los costos de las actividades y deben ser llevadas a cabo en áreas rurales aisladas.

RECOMENDACION

AID debe apoyar los programas especiales de vigilancia y tratamiento de leishmaniasis en las áreas de alta exposición, como Petén.

CUADRO 5.42

Leishmaniasis Cutánea y Mucocutánea en Guatemala
1979 a 1982

Departamento	Número de Casos	Porcentaje
Petén	653	83.2
El Quiché	45	5.7
Alta Verapaz	36	4.6
Izabal	35	4.4
Huehuetenango	10	1.3
Escuintla	6	0.8
Total	**785**	**100.0**

Fuente: España, V.D., **Enfermedades parasitarias en Guatemala**, 1983

5.4.6 RABIA

5.4.6.1 Antecedentes

La rabia es una zoonosis de importancia económica y de salud pública. Es fatal en humanos y en animales y produce pérdidas importantes en la industria ganadera. Los niños menores de cinco años son el grupo más expuesto a la mordida de un perro o de otro animal infectado.

La fuente principal de infección del hombre son los perros infectados: la población canina estimada en Guatemala para 1985 era más de un millón de perros, o sea uno por cada siete habitantes. Sólo 13.7% de los perros en el país son vacunados.[57]

En la actualidad, las metas del Departamento de Zoonosis de la Dirección General de Servicios de Salud están enfocadas a la prevención en humanos y animales.

En 1985, 8,194 personas fueron mordidas por animales domésticos probablemente infectados con rabia, y 1,391 personas fueron mordidas por animales domésticos con rabia confirmada. El número de personas mordidas por animales con rabia y los casos de rabia humana han aumentado, quizás debido a la falta de fondos para llevar a cabo la campaña anual de vacunación de caninos en 1984 en la ciudad de Guatemala (Cuadro 5.43), donde se reportó el 74% de todos los casos de rabia canina entre 1979 y 1983, y se identificó el 20% de los casos en humanos en el mismo período.

Fuera de la ciudad de Guatemala, los departamentos de Quetzaltenango, Chimaltenango, Suchitepéquez, Sacatepéquez, Escuintla, Sololá, y Totonicapán muestran incidencia de rabia canina más alta que los otros departamentos del país. Los casos de rabia humana también se encontraron con mayor frecuencia en estos departamentos de 1979 a 1983 (Cuadro 5.44). Sin embargo, el departamento de San Marcos reportó seis casos de rabia humana y sólo ocho casos de rabia canina.

5.4.6.2 Limitaciones y recomendación

Los servicios de diagnóstico y vacuna para perros se encuentran sólo en la ciudad de Guatemala. La vacuna para humanos no está siempre disponible en los hospitales o centros de salud, excepto aquellos localizados en las grandes ciudades como Guatemala y Quetzaltenango. Sin embargo, el laboratorio biológico del MSPAS produce tanto la vacuna para humanos como para perros. Este laboratorio ha sido designado recientemente como el Centro Regional de Centro América para la producción de estas vacunas. Las limitaciones más grandes del laboratorio biológico son los servicios inadecuados, la mayoría del equipo es obsoleto y el presupuesto es insuficiente. Se necesitan servicios de diagnóstico, equipo quirúrgico moderno y adecuado para la extracción del cerebro animal y los vehículos adecuados para el transporte de perros.

---

[57] Unidad de Planificación y Programación. M.S.P.: Plan Operativo Nacional, 1985.

CUADRO 5.43

Casos de Rabia Humana y Canina en Guatemala
1979 - 1985

Año	Rabia Canina	Personas Mordidas	Rabia Humana
1979	218	SI	8
1980	183	SI	4
1981	255	935	3
1982	263	1174	10
1983	159	896	4
1984	SI	898	4
1985	SI	1391	7

SI: Sin información

Fuente: PAHO Document, Volume III.85
Memoria de Labores, M.S.P., 1981-1985

CUADRO 5.44

Casos de Rabia Humana y Canina por Departamentos
Guatemala, 1979 - 1983

Departamento	Rabia Canina		Rabia Humana	
	Casos	%	Casos	%
Guatemala	1078	74	8	28
Quetzaltenango	75	5	2	7
Sacatepéquez	39	3	2	7
Suchitepéquez	32	2	1	3
Chimaltenango	31	2	0	0
Sololá	27	2	0	0
Totonicapán	23	2	0	0
Escuintla	19	1	1	3
Resto [1]	379	9	15	52

[1] El departamento de San Marcos reportó 6 casos de rabia humana y sólo 8 casos de rabia canina.

Fuente: PAHO Document, Volume III, 1985.
Departamento de Zoonosis, M.S.P.
Datos sin publicar. 1986

RECOMENDACION

AID debe apoyar los esfuerzos del MSPAS para ampliar la cobertura de la vacunación canina, mejorar los servicios de laboratorio en la ciudad de Guatemala y en otros centros urbanos del país, y hacer disponible la vacuna para humanos en todos los centros de salud y hospitales.

5.4.7 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las estadísticas disponibles sugieren que las tasas de prevalencia para sífilis y gonorrea en Guatemala son las más bajas del hemisferio (Cuadro 5.45). Sin embargo, oficiales del MSPAS estiman que hay un subregistro significativo en esta área. Por razones culturales y geográficas, la tasa en la población mayense es menor que la de la población general. Es probable, sin embargo, que Guatemala no se haya escapado del surgimiento de las enfermedades transmitidas sexualmente que se ven en todo el mundo, como resultado del turismo aumentado, actividad sexual aumentada entre los jóvenes, la disponibilidad de anticonceptivos orales y la migración hacia las ciudades. Aunque no se conoce la extensión de la infección por SIDA, la información informal sugiere que este problema está aumentando de forma alarmante, como en todas partes.

El programa de control de enfermedades de transmisión sexual del MSPAS no está siendo llevado agresivamente, en parte por las tasas generalmente bajas. Los esfuerzos más importantes son en educación sexual y en control de la prostitución. Recientemente, un programa especial de SIDA se ha iniciado en la División de Programas Especiales con el Departamento de Epidemiología.

CUADRO 5.45

Tasas de Gonorrea y Sífilis por 100,000 Habitantes en el Continente Americano, 1977 - 1980

	INFECCIONES							
	Gonorrea				Sífilis			
Areas	**1977**	**1978**	**1979**	**1980**	**1977**	**1978**	**1979**	**1980**
Norte América	433.6	432.6	424.8	421.8	27.8	27.6	28.2	28.6
Meso América	87.9	75.4	86.5	60.8	48.0	42.6	39.9	34.2
El Caribe	176.0	137.9	154.2	137.3	101.4	87.2	92.7	91.0
El Continente	61.8	55.6	67.2	39.5	32.3	28.5	24.8	18.8
(Guatemala)	**39.9**	**41.9**	**44.2**	**27.5**	**14.6**	**18.1**	**3.6**	**20.5**
Sur América	118.0	108.1	76.6	93.4	68.6	65.5	44.8	42.9
Tropical	149.4	131.9	83.9	89.5	78.9	67.5	39.0	40.8
Templado	69.8	71.4	66.8	112.3	52.8	68.3	52.5	45.9

Fuente: PAHO: Guatemala. Volume III, 1985.

RECOMENDACION

AID debe proporcionar asistencia técnica para apoyar el programa de SIDA del MSPAS.

5.5 AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO AMBIENTAL

5.5.1 RESUMEN

Cuando se comparan con otros países de Centro América los niveles de cobertura de agua potable y saneamiento ambiental son extremadamente bajos. En áreas urbanas la cobertura ha disminuído en años recientes debido a la migración y las altas tasas de crecimiento de la población. En 1987, 70.6% de la población tenía acceso a agua potable y 41.2% a servicios de saneamiento ambiental. Sin embargo, en 1980, la cobertura era de 88.9% para agua potable y 44.4% para saneamiento ambiental.[58] Las áreas rurales han estado mejor desde 1980 (aumentando de 18.6 a 26.5 porciento para agua potable y de 20.9 a 28.6 porciento para saneamiento ambiental).

Las instituciones de agua potable y saneamiento ambiental del sector urbano en Guatemala están bien desarrolladas. EMPAGUA tiene la responsabilidad para la ciudad de Guatemala y el INFOM proporciona préstamos y asistencia técnica a las 329 cabeceras municipales que varían en tamaño, desde menos de 500 hasta 730,000 habitantes.

En las áreas rurales, el Departamento de Saneamiento del Medio (DSM) tiene la responsabilidad de las comunidades con menos de 500 habitantes y UNEPAR la responsabilidad por las comunidades más grandes. Los proyectos de UNEPAR, que con financiamiento del BID son los programas rurales más grandes, se caracterizan por una rápida ejecución (se hacen bajo contrato) pero tienen poca participación de la comunidad y educación en salud.

El DSM opera dentro del MSPAS y actualmente recibe apoyo de UNICEF y AID. Actualmente su proyecto más grande es el Proyecto Comunitario Integrado de Nutrición y Salud de AID. El programa se caracteriza por una implementación más lenta que la de los proyectos de UNEPAR pero tiene niveles más altos de participación comunitaria. El DSM también es responsable de los programas de letrinización en áreas rurales.

Otras instituciones que están activas en este sector, aunque en menor grado, son Agua del Pueblo, Ministerio de Desarrollo (antes Desarrollo de la Comunidad), Catholic Relief Services y el Comité de Reconstrucción Nacional.

Para promover una mejor organización de este sector, el Comité Permanente de Coordinación de Agua Potable y Saneamiento, COPECAS, se formó a principios de los años ochenta. La institución tiene la responsabilidad de coordinar los programas de suministro de agua

---

58 WASH, **Planning for Central America Water Supply and Sanitation Programs, Draft.** Washington, 1987.

y saneamiento ambiental en áreas urbanas y rurales, y se reune cada mes. La asistencia técnica de COPECAS la proporciona la OPS.

El apoyo de los Estado Unidos para proyectos de agua potable y saneamiento ambiental en Guatemala se iniciaron en 1943 por el Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salud Pública (SCISP). Con la excepción de un período corto (1951-54) cuando se suspendió la asistencia durante el gobierno de Arbenz, el apoyo del gobierno de los Estados Unidos ha sido continuo. Ha apoyado a diferentes agencias del gobierno, la Universidad de San Carlos y ONGs.

Los Estados Unidos no han estado solos apoyando el sector de agua potable y saneamiento ambiental. A principios de los años sesenta el BID empezó a proporcionar fondos para programas de agua potable y saneamiento y pronto dominó todo el apoyo del extranjero en este sector. Otras agencias, como UNICEF, la Agencia Canadiense para el Desarrollo (CIDA) y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) también han hecho contribuciones significativas.

En áreas urbanas se logró un progreso significativo en los años sesenta con los esfuerzos combinados del INFOM, BID y AID. Los niveles de cobertura para las áreas urbanas de Guatemala empezaron a aumentar marcadamente. En 1971, el 89% de la población del área urbana tenía suministro de agua (conexión intradomiciliar o chorros públicos) y 42% tenía drenajes.[59] Por otro lado, las área rurales estaban atrasadas y sólo el 13% de la población tenía servicios de agua y/o saneamiento. Desde los años cuarenta sólo 2,000 sistemas de agua se han construído en las áreas rurales.

Para tratar los problemas de suministro de agua potable y saneamiento en el área rural, la Unidad Ejecutora para Acueductos Rurales (UNEPAR) fue creada a principios de los años setenta. Esta unidad fundada por BID y CIDA, opera dentro del MSPAS y tomó inicialmente la responsabilidad del suministro de agua potable y saneamiento que era de la División of Saneamiento Ambiental (DSA) predecesor de DSM. Después del terremoto, DSA recibió financiamiento de AID, UNICEF y BCIE.

A fines de los años setenta y principios de los años ochenta los fondos del terremoto para recuperar y construir nuevos suministros de agua y sistemas de saneamiento ambiental empezaron a llover sobre Guatemala. AID cambió al sector rural para nuevos proyectos de agua potable y saneamiento y proporcionó donaciones a Agua del Pueblo y CARE, dos ONGs para desarrollar programas importantes de agua potable y saneamiento. AID también fundó el Proyecto Integrado de Salud y Nutrición de la Comunidad de DSA en 1981. UNICEF continuó apoyando proyectos de UNEPAR, INFOM y EMPAGUA.

Las dos instituciones más grandes que AID ha apoyado tienen características institucionales muy diferentes. El INFOM ha desarrollado capacidad técnica adecuada, una estructura de organización estable y es reconocido como una agencia separada con metas, políticas y proyectos institucionales bien definidos. Las inversiones de AID en esta agencia ha sido bien mantenidas.

---

59 IDB, **Project Performance Review -- Rural Potable Water Program -- III Stage.** Washington. 1987.

Con el DSM, la situación es la opuesta. El DSM perdió personal capacitado que se fue a UNEPAR en los años setenta, con resultado de una inestabilidad institucional asociada con la disminución en recursos y funciones. No está bien organizado ni administrado y no tiene los recursos económicos nacionales que están disponibles para las instituciones con base en áreas urbanas.

Sin embargo, tanto el INFOM como el DSM tienen jerarquías centralizadas verticales y son relativamente independientes del sector salud. La falta de integración es común en las agencias de agua potable y saneamiento ambiental en la mayoría de países y esto sugiere que estas instituciones centralizadas y verticales pueden ser más efectivas en la implementación de esta tecnología.

5.5.2 LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las limitaciones claves de los programas de agua potable y saneamiento ambiental, especialmente aquellos que están dirigidos a las áreas rurales y urbano-marginales es su dependencia de financiamiento del extranjero. Pocos recursos nacionales se destinan a inversiones en estas áreas. Es probable que esta dependencia continúe ya que no hay indicios que el financiamiento de los donantes para programas de agua potable y saneamiento ambiental disminuya en un futuro próximo. Sin embargo, sería conveniente que el MSPAS y los donantes desarrollaran un plan a largo plazo para el apoyo continuado para los proyectos prioritarios. Este plan podría establecer un programa para aumentos graduales en financiamiento guatemalteco para programas de agua potable y saneamiento ambiental.

Una segunda limitación es la ...iplicidad de agencias guatemaltecas que proporcionan programas de agua potable y saneamiento ambiental. La presencia de dos grandes donantes (AID y BID) y de varios pequeños ha contribuído a la fragmentación del suministro de agua en áreas rurales y del sector de saneamiento ambiental. Como resultado, la coordinación es pobre, los estándares de diseño y de recuperación de los costos que se practican varían grandemente, la efectividad del proyecto mismo está obstruída. A pesar de la formación de COPECAS, la agencia nacional de coordinación para este sector, se ha hecho poco para asegurar que se desarrollen diseños más costo-efectivos y prácticas consistentes de recuperación de costos. Las implicaciones para este sector son más severas para el futuro (a medida que los proyectos se han tornado más complejos) de lo que fueron para el mantenimiento pasado y las inversiones actuales.

La mayoría de programas de agua potable y saneamiento ambiental se han involucrado principalmente en la construcción y no le han dado énfasis a la participación comunitaria ni a la educación. Está claro que estimulando la participación comunitaria se aumenta el impacto de los sistemas de agua potable y saneamiento ambiental.

Aunque existen esfuerzos de control de calidad que están siendo implementados para evaluar la calidad de agua en la ciudad de Guatemala, no existe un programa sistemático para evaluar el agua en el resto del país.

Es importante hacer notar que los sistemas de agua potable rurales en el futuro pueden requerir mayores esfuerzos de mantenimiento. Los actuales sistemas por gravedad son relativamente fáciles y baratos de mantener. Sin embargo, la mayoría de sitios donde los sistemas por gravedad son adecuados ya tienen otro sistema existente. La mayoría de sistemas en el futuro tendrán que ser más complejos, requiriendo bombas que necesitan mantenimiento constante. Este hecho sugiere que se necesitarán más recursos en el futuro para la continuidad inmediata de producción de proyectos.

RECOMENDACIONES

1. El gobierno de Guatemala debe desarrollar un plan programado para coordinar el apoyo a largo plazo para los programas de agua potable y saneamiento ambiental. Este plan debe involucrar la negociación entre los donantes del extranjero para desarrollar prioridades adecuadas y gradualmente pasar el financiamiento al gobierno de Guatemala en los próximos diez años. AID debe proporcionar asistencia técnica para el desarrollo de este plan.

2. El gobierno de Guatemala debe fortalecer la capacidad legal y de organización de COPECAS con el objetivo de unificar eventualmente los programas de agua potable y saneamiento ambiental en una sola autoridad nacional. AID debe proporcionar asistencia técnica para este objetivo.

3. Todas las instituciones que implementan programas de agua potable y saneamiento ambiental deben darle prioridad al fortalecimiento de actividades que involucren participación comunitaria. Estos esfuerzos pueden involucrar el desarrollo de un grupo de promotores de agua potable y saneamiento y/o la coordinación con los TSRs del sistema de atención primaria en salud del MSPAS.

4. Para tratar el problema de la necesidad de alternativas a los sistemas por gravedad en las áreas donde no son factibles estos sistemas, AID debe financiar estudios de factibilidad de tecnología apropiada para futuros proyectos de agua potable en áreas rurales.

5. AID debe proporcionar apoyo a la ampliación del programa de evaluación de los servicios de agua potable en todo el país.

6. Conclusiones y Estrategia Propuesta

6.1 LIMITACIONES MÁS IMPORTANTES EN EL SECTOR SALUD GUATEMALTECO

Guatemala ha experimentado alguna ganancias en el estado de salud en los últimos veinte años. Sin embargo, a pesar de grandes programas de atención primaria en salud y de planificación familiar de los años de 1970 y de supervivencia infantil de los años 1980, los problemas más importantes de salud aún persisten.

El sector salud guatemalteco aún está plagado de limitaciones financieras, institucionales y socio-culturales serias que continuarán limitando la efectividad de los esfuerzos de los programas para llevar beneficios de salud a la población guatemalteca. Sobresalen dos limitantes centrales; (1) la debilidad financiera y administrativa del MSPAS, y (2) la falta de una alternativa efectivamente organizada del sector privado a los servicios de salud pública para la población de bajos ingresos. La estrategia de AID para los próximos cinco años debe ser de mejorar la capacidad administrativa del MSPAS para que pueda utilizar más efectivamente los escasos recursos, utilizar una política de diálogo para ganar más recursos nacionales para el sector público y empezar a desarrollar la capacidad institucional del sector privado para servir a la población de bajos ingresos.

6.2 LIMITACIONES Y ESTRATEGIA PARA EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA

La debilidad financiera del sector público guatemalteco en general ha resultado en una inanición financiera de las instituciones de salud pública. El presupuesto nacional constituye sólo el 12% del PNB, uno de los más bajos en América Latina. Aunque la proporción del presupuesto nacional del MSPAS es comparable a la de los otros ministerios de la región, el bajo nivel del sector público guatemalteco significa que los recursos per cápita en salud pública son extremadamente inadecuados para los servicios necesarios. Cada esfuerzo para fortalecer la capacidad financiera del sector público total de ser perseguido para ganar más de los recursos nacionales para salud pública.

Además de los déficits financieros, las deficiencias del MSPAS han resultado en el fracaso para implementar un cambio serio en prioridades para gastos y actividades hacia el tipo de programas de atención primaria en salud, supervivencia infantil y planificación familiar que pueden tener un impacto importante en el estado de salud general de la población guatemalteca. El MSPAS continúa dando preferencia, en la asignación de presupuesto y la distribución de recursos humanos y físicos, a la atención curativa basada en los hospitales. Las tendencias recientes han aumentado en lugar de disminuir el balance financiero a favor de la atención hospitalaria. La distribución del recurso humano continúa haciendo mayor énfasis en médicos y de concentrarlos en áreas urbanas y hospitales. Los dos tipos de trabajadores de salud que tendrían un mayor impacto en el estado de salud, los auxiliares de enfermería y los TSRs no han recibido la prioridad ni el apoyo necesario para un sistema de atención primaria efectivo y ampliamente distribuído.

El MSPAS está organizado institucionalmente en tal forma que hace difícil los programas efectivos. Combina las características institucionales que agravan los problemas de entrega de atención en salud. Está altamente centralizado y aún las decisiones rutinarias se hacen en los niveles administrativos más altos. Esta centralización inhibe la capacidad de respuesta de la burocracia, causando retrasos y evitando que el sistema se ajuste a las necesidades locales diferentes. Pone una carga innecesaria en el tiempo de los altos oficiales, haciendo difícil para ellos enfocar su atención en decisiones estratégicas de largo plazo. También evita el desarrollo de una administración responsable en los niveles bajos de la estructura administrativa.

La estructura administrativa está fragmentada en unidades programáticas dispersas, con frecuencia organizadas verticalmente, que no logran comunicar ni coordinar sus actividades. Este fracaso de integrar las actividades lleva a la ineficiencia, duplicidad y la incapacidad de concentrar los escasos recursos y el talento en problemas cruciales. Esta fragmentación administrativa ha sido una característica tradicional burocrática del MSPAS. Se ha visto exagerada por la dispersión geográfica exagerada de las oficinas y el débil sistema de telecomunicaciones. Además, los donantes han demandado unidades separadas para la implementación de sus programas específicos.

La supervisión es un área problemática crucial. La supervisión es necesaria para reforzar los programas de capacitación, proporcionar importante información administrativa para los sistemas de logística y suministros, identificar y responder a los problemas administrativos y de salud que surjan. El personal de supervisión de todos los niveles carece de suficiente capacitación en las técnicas de observación, supervisión, capacitación en servicio y otras técnicas de administración. Los supervisores no reciben el apoyo adecuado de logística y transporte.

Una estructura débil de incentivos para el personal ha evitado que el MSPAS atraiga a personas calificadas y motivar al personal para que tomen responsabilidades e inicien programas.

El sistema de información gerencial de salud está sobrecargado de formularios inadecuados y no estandarizados, personal sin la suficiente capacitación, falta de un control de calidad y orientación hacia el usuario y falta de software analítico. Sin embargo, el sistema está actualmente en proceso de ser mejorado y debe estar apto para empezar a ser un instrumento importante para la planificación, programación y administración.

Los problemas del sistema de logística han restringido la disponibilidad de transporte y medicinas y otros suministros, tales como materiales para educación en salud. Estas deficiencias han debilitado paulatinamente la entrega de salud en los niveles más bajos y han limitado la efectividad de extensión de los trabajadores y restringido la supervisión.

Estos problemas institucionales generales han sido las mayores limitantes de los programas que AID ha financiado en el pasado y en los actuales proyectos de supervivencia infantil y planificación familiar. La centralización creciente de los programas de supervivencia infantil en la Unidad de Programas Aplicados promete repetir la pesadilla administrativa del Departamento de Salud Materno-Infantil de los años setenta cuando estuvo sobrecargado administrativamente. La fragmentación de los programas de supervivencia infantil en una gama de programas organizados verticalmente, con frecuencia ha limitado los grupos meta, ha debilitado su efectividad como lo han

demostrado los estudios recientes en cobertura de inmunizaciones y TRO, así como los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas.

Actualmente, hay un problema adicional creado por el flujo de financiamiento de donantes que llega a Guatemala. La capacidad del sistema para absorber esta bonanza financiera ha sido limitada por la falta de financiamiento de contraparte, malos sistemas administrativos y la falta de recursos humanos en posiciones claves, y la fragmentación y centralización de la institución.

Las limitaciones indicadas anteriormente son problemas significativos a nivel de toda la institución y no han sido enfocadas efectivamente por los programas verticales que AID ha apoyado en el pasado. Los actuales proyectos de supervivencia infantil y de planificación familiar también se han enfocado en actividades de los programas específicos sin importar las limitantes institucionales más amplias. El fracaso de estos programas de lograr sus metas más importantes es testimonio del poder de las limitaciones institucionales generales.

Es el momento de darle una importante evaluación al enfoque de AID hacia el sector salud. Los esfuerzos para apoyar la reforma institucional principal pueden ser más efectivos que el enfoque pasado de dirigirse en forma vertical y por partes. Un proyecto integrado del sector salud que tiene como base componentes a nivel de institución para reformas administrativas y de manejo pueden estar dirigidas a una variedad de áreas programáticas específicas (supervivencia infantil, planificación familiar), al mismo tiempo pueden proporcionar recursos y asistencia técnica para un mejoramiento administrativo (manejo de información, logística, abastecimiento, reestructuración organizativa). Un proyecto integrado podría tener un equipo base de asistencia técnica que podría coordinar los esfuerzos en varias actividades programáticas específicas para que las mejoras administrativas impactaran inmediatamente a los programas y proporcionaran la base para sobrepasar la actual fragmentación institucional.

El contexto político actual parece ser adecuado para tal esfuerzo. El gobierno democrático ha iniciado varias reformas que potencialmente pueden llegar lejos. Ha empezado a aumentar la base de los impuestos del sector público y ha implementado una serie de medias para estimular la descentralización y reformas administrativas en el sector público. Además, la respuesta hacia AID parece estar del lado positivo después de un período de ambivalencia hacia la asistencia americana. Finalmente, con el flujo de financiamiento de todos los donantes internacionales, pueden haber recursos significativos para un esfuerzo colectivo mayor entre los donantes y con el gobierno para lograr estas reformas.

El interés actual en promover la continuidad de los proyectos financiados externamente se ha convertido en tema central para la comunidad donante y en el gobierno de Guatemala. Un estudio reciente sobre la continuidad de los proyectos financiados por los Estados Unidos sugiere que los factores institucionales son críticos para la continuidad de las actividades del proyecto y los beneficios después que se termina el financiamiento externo. Las instituciones que están integradas, con personal calificado y capacidad de absorber las actividades del proyecto utilizando financiamiento nacional tienen más probabilidades de implementar proyectos contínuos. Si AID está seria sobre promover la continuidad, debería dirigirse hacia estos factores institucionales con actividades más importantes de los programas.

RECOMENDACIONES

1. AID debe proponer al gobierno de Guatemala un proyecto más importante para el sector salud, que tenga administración de base y un componente de mejoramiento administrativo que integre una variedad de las intervenciones de los programas de supervivencia infantil y planificación familiar. Este proyecto debe tener la suficiente magnitud para lograr un impacto institucional importante. Debe involucrar a un equipo base de asistencia técnica que sea completamente aceptado por el gobierno de Guatemala y que pueda proporcionar una base para integrar las intervenciones separadas de los programas.

2. AID debe tomar la iniciativa de guiar a otros donantes para empezar a coordinar las grandes cantidades de financiamiento extranjero alrededor de los objetivos de una reforma institucional de importancia, considerando la continuidad a largo plazo de las actividades de los programas en vista del fortalecimiento de la capacidad de absorción del MSPAS.

6.3 LIMITACIONES Y ESTRATEGIA PARA EL SECTOR PRIVADO

Los proveedores del sector privado incluyen una variedad de instituciones e individuos, curanderos tradicionales, farmacias, médicos particulares y clínicas y hospitales privados y modernos, servicios de salud pre-pagados y programas en empresas privadas, agrícolas e industriales, y las organizaciones no gubernamentales.

Hay muchas oportunidades para AID de apoyar actividades de salud del sector privado. Muchos programas de las ONGs y varios planes de salud patrocinados por los patronos de empresas agrícolas están dirigidos hacia los grupos de bajos ingresos, que son de alto riesgo. AID ya proporciona apoyo a varios programas de ONGs que prestan atención primaria en salud, planificación familiar, nutrición y saneamiento y agua potable: Proyecto Hope, APROFAM, AGES, IPROFASA, CARE, Agua del Pueblo. También está investigando los programas que sirven a los trabajadores agrícolas de alto riesgo, Agrosalud y ANACAFE.

El problema central del apoyo de AID hacia programas del sector privado es que con la excepción de dos grandes ONGs que dependen grandemente del financiamiento de AID (CARE y APROFAM), cada programa del sector privado es administrado por organizaciones pequeñas con coberturas limitadas. AID puede continuar apoyando pocos de estos programas, pero no tiene suficiente personal para administrar un número grande de proyectos de pequeña escala. Es más, actualmente no existe una organización que pueda coordinar los programas del sector privado y a través de la cual podría AID canalizar su ayuda.

El programa futuro de AID para el sector privado debe desarrollar mecanismos para proporcionar financiamiento de gran escala a los programas del sector privado. Debe continuar apoyando a CARE y APROFAM, ya que ambos no pueden mantenerse sin la ayuda de AID. Sin embargo, AID debe evitar hacer a otras ONGs dependientes de su financiamiento a gran escala.

AID también debe proporcionar algún apoyo a los programas auspiciados por los patronos que están dirigidos a los grupos de bajos ingresos y de alto riesgo. Debe monitorear y evaluar

estos esfuerzos, proporcionar asistencia técnica donde sea adecuada y promover programas efectivos.

Para otros programas del sector privado, AID debe proporcionar incentivos para la creación de una organización que pueda proporcionar administración de refuerzo y evaluar los proyectos de pequeña escala de las ONGs, y ser el intermediario responsable entre las ONGs y AID.

RECOMENDACIONES

AID debe desarrollar un planteamiento múltiple para apoyar los programas del sector privado.

1. Debe continuar financiando los programas importantes de APROFAM y CARE y otros programas de pequeña escala como AGES y Agua del Pueblo.

2. AID debe apoyar los programas de salud auspiciados por patronos que están dirigidos a grupos de bajos ingreso y alto riesgo. Debe proporcionar dinero y asistencia técnica para iniciar, monitorear y evaluar programas y proporcionar los medios para promover este enfoque con otros patronos.

3. AID debe promover el desarrollo de una organización efectiva para canalizar los recursos de las ONGs locales. Debe desarrollar incentivos para la cooperación entre ONGs y establecer la capacidad administrativa de la organización para que proporcione la administración y el respaldo para mucho proyectos de pequeña escala de las ONGs.