
GUATEMALA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La República de Guatemala tiene una extensión de 108,889 km² y limita al norte y noroeste con México, al este con Honduras y El Salvador, al noreste con Belice y al sur con el Océano Pacífico. Está dividida política y administrativamente en 330 municipios, distribuidos en 22 departamentos y estos a su vez en 8 regiones. La población se estimó en 1995 en 9,98 millones de habitantes. El crecimiento demográfico anual es de 2,8%. Un 65% de la población vive en zonas rurales en las que 80% de los núcleos habitados tienen menos de 500 habitantes.

Durante la presente década Guatemala ha recuperado lentamente el ritmo de crecimiento económico. Entre 1990 y 1996 el crecimiento del producto interno bruto (PIB), ajustado respecto de la inflación, ha sido de entre 3% y 5%, mientras que el PIB per cápita creció entre 0,1% y 1,9%. En 1994, el producto nacional bruto (PNB) fue de US\$ 1.190 por habitante.

El desempleo total se ha mantenido en torno a 37%. El desempleo abierto, que fue de 6,5% en 1990, disminuyó a 2,5% en 1993 y subió a 5% en 1996. La inflación experimentó una reducción sensible en el período 1990–1996, en el que la variación anual del índice de precios al consumidor pasó de cerca de 60% a oscilar entre 8% y 14%.

La política fiscal mantuvo el control sobre el déficit del sector público, que en 1990 fue 4% del PIB y en 1996 solo 1,2%. Esta reducción se debió más a la austeridad en el gasto que al crecimiento de la recaudación tributaria, a pesar de las reformas en este terreno que incluyeron el incremento del impuesto sobre valor añadido de 7% a 10%. Los indicadores macroeconómicos favorables no se tradujeron sin embargo en la reducción de la pobreza, en la que viven tres de cada cuatro guatemaltecos.

Según datos de 1989, la proporción de población que vive en condiciones de pobreza fue de 75% a nivel nacional, con

58% de extrema pobreza. Tanto la pobreza como la extrema pobreza son más frecuentes en las zonas rurales y en la población indígena, de la que 93% vivía en 1989 en condiciones de pobreza y 91% en extrema pobreza. En la población no indígena las proporciones correspondientes eran solo 66% y 45%.

En 1994 la tasa de alfabetización fue de 71% en hombres y de 57% en mujeres, con una tasa general a nivel nacional de 64%. La tasa bruta de matrícula primaria fue de 79% en 1991, 83% en 1992 y 85% en 1995.

Las regiones norte, noroccidental y suroccidental tienen un desarrollo relativo menor que el resto del país. En esas regiones viven casi la mitad de los habitantes, especialmente indígenas. En la capital del país vive 22% de la población.

La tasa de natalidad fue de 37,3 por 1.000 habitantes en 1995 y la tasa global de fecundidad 5,1 hijos por mujer (6,2 en las zonas rurales y 3,8 en las urbanas). La tasa de fecundidad de la población indígena se ha mantenido estable entre 1986 y 1995, mientras que en el grupo no indígena se observó una disminución de 5,0 hijos por mujer en 1987 a 4,3 en 1995. En 1994 el subregistro de la natalidad se estimó en 3%.

La esperanza de vida al nacer que en 1992 era de 62,4 años para los varones y 67,3 años para las mujeres, en 1995 fue de 64,7 para los varones, 69,8 para las mujeres y 67,1 para el conjunto de la población. En 1995 las mujeres representaban 49,5% de la población y las mujeres en edad fértil, 22%. La población guatemalteca es muy joven: 45% son menores de 15 años y solo 3% son mayores de 60.

Los indígenas representan 43% de la población del país y están distribuidos en más de 21 grupos lingüísticos. Al grupo lingüístico quiché pertenece 29% de la población indígena, 25% pertenece al kakchiquel, 14% al kekchí, 4% al mam, 24% al pocomchi, pocomam y tzutuhil, y 4% hablan otras lenguas. Cerca de 32% de la población indígena habla únicamente alguna lengua maya.

Desde 1987, época en la que comenzó el proceso de repatriación de manera individual y voluntaria, se intensificó el

regreso de poblaciones guatemaltecas establecidas durante años en países vecinos, principalmente México. Se estima que entre 1993 y 1995 retornaron unas 20.000 personas y en 1996, con motivo de la firma de los Acuerdos de Paz, el retorno se hizo más fluido. Los que regresan en general se establecen en zonas selváticas, inaccesibles, sin servicios básicos y en muy precarias condiciones de vida.

Mortalidad

En 1995 la tasa bruta de mortalidad fue de 7,4 por 1.000 habitantes. En el período 1985–1995 la mortalidad infantil fue de 51,0 por 1.000 nacidos vivos (mortalidad neonatal, 26 por 1.000; mortalidad posneonatal, 25,0 por 1.000).

En 1994 se registraron 65.535 defunciones, lo que supone una tasa bruta de mortalidad de 6,8 por 1.000 habitantes. Del total de defunciones, 27,3% correspondieron a menores de 1 año; 3,9% al grupo de 1 a 4 años; 2,7% al de 5 a 14; 21,8% al de 15 a 59; y 36%, al de 60 años o más.

Del total de defunciones registradas en 1994, 58% ocurrieron en hombres y 42% en mujeres; 24% se produjeron en hospitales, 66% en domicilios, 8% en la vía pública y 2% en sanatorios. Las causas principales de muerte fueron la neumonía y la influenza (16,5%), las afecciones originadas en el período perinatal (13,8%), las enfermedades infecciosas intestinales (8,9%) y las deficiencias de la nutrición (5,7%). Las enfermedades infecciosas, las carenciales y las afecciones relacionadas con el embarazo y el parto explican aproximadamente 45% de las defunciones.

En 1994, 57% de las defunciones fueron notificadas o registradas por médicos, 28% por otro personal de salud y 10% por personal ajeno al sector salud. Se desconoce quién certificó 4,5% de las muertes. Se estima que en 1993 hubo un subregistro de mortalidad de 2,8%.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1994 la tasa de mortalidad perinatal fue de 14,2 por 1.000 nacidos vivos. En 1994 se registraron 17.907 defunciones en menores de 1 año (27,3% del total de defunciones). La mortalidad infantil fue de 48,3 por 1.000 nacidos vivos y sus principales causas fueron las afecciones del período perinatal (50,5%), la neumonía (17,0%), las infecciones intestinales (8,8%) y la desnutrición (2,3%). El porcentaje de neonatos con bajo peso (menos de 2.500 g.) fue en 1993 de 7,8%. El amamantamiento exclusivo se mantuvo hasta los 4 meses de

edad en 50,5% de los lactantes y hasta los 6 meses en 32% en 1995.

En 1995 la tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años fue de 2,3 por 1.000. Las principales causas de mortalidad en este grupo, según datos de 1994, fueron la neumonía (26%), las infecciones intestinales (24,3%) y las deficiencias nutricionales (10,0%).

La salud del adolescente

En 1994, en una población estimada de 2,4 millones de adolescentes de 10 a 19 años se registraron 2.148 muertes, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 88 por 100.000. El primer lugar como motivo de defunción en este grupo lo ocuparon las llamadas causas externas, con una tasa de 20,4 por 100.000. Entre estas causas externas las muertes por arma de fuego son la causa principal (8,9 por 100.000). La bronconeumonía (7,0 por 100.000) y las infecciones intestinales (4,6 por 100.000) ocuparon los lugares siguientes. En este grupo de edad la mortalidad fue mucho más frecuente en el sexo masculino (60,5% de las muertes, frente a 39,5 en mujeres, con tasas de 104,6 y de 70,8 por 100.000, respectivamente). Las causas de muerte más frecuentes en adolescentes varones fueron las lesiones por armas de fuego y otros tipos de lesiones, mientras que en las adolescentes las causas más frecuentes fueron la bronconeumonía y las infecciones intestinales.

Según una investigación realizada por la organización Childhope en 1990, en Guatemala pueden diferenciarse dos clases de “niños callejeros”, los que trabajan en la calle y los que viven en la calle. Para el primer grupo la calle es el ambiente de trabajo, pero mantienen una relación más o menos permanente con su hogar. En cambio, los que viven en la calle han roto los vínculos con la familia y la calle es su medio de sustento y su ambiente de socialización y de vida. Ambos grupos comparten la misma estrategia para conseguir ingresos: actividades no necesariamente laborales, que para el primer grupo son una forma de trabajo y para el segundo, el medio de supervivencia. Los menores realizan su actividad en lugares de convergencia de clientes potenciales (mercados, arterias e intersecciones, parques, centros comerciales y lugares de vida nocturna, generalmente de prostitución), donde compiten con adultos y otros menores por obtener un espacio vital. La investigación de Childhope realizó un recuento de menores que viven en la calle entre mayo y septiembre de 1990, y encontró unos 500 de los cuales 63% eran varones y 37% mujeres, de entre 4 y 17 años. La mayor proporción de niños varones encontrados se puede explicar, en parte, por el porcentaje importante de niñas objeto de explotación sexual en lugares cerrados.

La salud del adulto

En el grupo de edad de 20 a 24 años la tasa de mortalidad fue de 177 por 100.000 en 1994. Las principales causas de muerte fueron las externas, entre ellas las lesiones por armas de fuego, seguidas por otras lesiones y las muertes no intencionales y los ataques con armas incisocortantes (cada una de estas categorías con una tasa de 30,7, 23,3 y 8,4 por 100.000, respectivamente). La bronconeumonía ocupó el lugar siguiente (7,4 por 100.000). Del total de muertes en este grupo de edad, 72% ocurrieron en varones, en los cuales la causa más frecuente fueron las lesiones, por arma de fuego y por otros medios. En mujeres las principales causas de muerte fueron la bronconeumonía y las infecciones intestinales.

Según una estimación de los años potenciales de vida perdidos (APVP) en 1994 en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes (10 a 24 años), si se evitaran las muertes debidas a causas violentas se lograría una reducción de APVP de 21% en el grupo de 10 a 14 años, de 50% en el grupo de 15 a 19 años y de 49% en el grupo de 20 a 24 años.

En el período 1990–1995 la tasa de mortalidad materna fue de 190 por 100.000 nacidos vivos. La estimación se basa en datos de la segunda Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 1995, que utilizó el método de las hermanas para recolectar la información. El último año disponible del que se posee información rutinaria es 1994, cuando se registró una mortalidad materna de 96 por 100.000. Se estima que el subregistro puede ser aproximadamente de 60%. Las cinco principales causas de mortalidad materna fueron las complicaciones del parto (30%), la retención de la placenta (14%), la sepsis puerperal (11%), la eclampsia (11%) y el aborto (7%).

El porcentaje de embarazadas que recibió atención prenatal de personal capacitado pasó de 34% en 1992 a 54% en 1995, año en el que 45% de los controles prenatales fueron realizados por médicos, 8% por enfermeras y 26% por comadronas. En el grupo de mujeres indígenas y en las áreas rurales fue mucho más frecuente la atención prenatal a cargo de comadronas y enfermeras. Los médicos atendieron mucho más a las embarazadas no indígenas y de zonas urbanas.

La cobertura de atención del parto por personal capacitado fue de 37,8% a nivel nacional (médicos 34,1% y enfermeras 3,7%). Igual que en la atención prenatal, la asistencia del parto por médicos fue mucho más frecuente en zonas urbanas (60% de los partos) que en zonas rurales (18%). En cambio las comadronas atendieron 53% de los partos rurales y solamente 31% de los urbanos.

El porcentaje de mujeres embarazadas que recibió por lo menos una dosis de toxoide tetánico durante su embarazo fue de 55% a nivel nacional (49% en las embarazadas indígenas y 60% en las no indígenas).

En 1995 se estimó que del total de mujeres en edad fértil 5% recurren a métodos anticonceptivos tradicionales y 26% a

métodos modernos como esterilización femenina (14,5%), píldoras anticonceptivas (3,5%), dispositivos intrauterinos (2,4%), inyecciones hormonales (2,3%), condón (2,2%) o esterilización masculina (1,5%). Se estima que, actualmente, del total de mujeres que mantienen convivencia sexual, 69% no utilizan ningún método anticonceptivo. Dentro del grupo indígena solamente 9,6% de las mujeres utiliza algún método de planificación familiar. En el grupo no indígena, 43,3% de las mujeres utiliza algún método.

Cerca de un millón de personas se trasladan cada año del altiplano a las grandes fincas de la costa sur para buscar trabajo. La movilización anual de esta enorme cantidad de personas representa un obstáculo para organizar la atención preventiva o curativa.

Según un estudio realizado en 1996 en una muestra de esta población migratoria, 80% de los emigrantes tienen menos de 40 años, 98% son varones y 75% indígenas. Una gran mayoría (85%) permanecen de noviembre a abril del siguiente año en las fincas en las que les dan trabajo, cortando caña o recolectando café y algodón. Solo 30% dicen ganar lo suficiente para mantener su hogar. Los trastornos de salud referidos en 80% de los casos son infecciones respiratorias agudas, malaria, fiebre, enfermedades diarreicas, cefalea, dengue y calambres.

Según el censo de 1994, 0,7% de la población guatemalteca presenta algún tipo de discapacidad, física en 60% de los casos, sensorial en 36% y mental en 3,1%. Por sexos, 58% de los discapacitados son varones y 42% mujeres.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. El área malarica abarca 80% del territorio nacional (20 de los 22 departamentos). En 1994 la malaria generó 21.996 casos registrados y 90 defunciones. En 1995 se registraron 23.608 casos y 108 defunciones. En 1996 se registraron 21.556 casos de malaria clínica, 7.795 de ellos confirmados. La incidencia parasitaria anual en el área endémica fue de 2,4 por 1.000. De los casos confirmados en 1996, 86% correspondieron a *Plasmodium vivax* y 0,7% a *Plasmodium falciparum*.

En 1994 se registraron 2.384 casos de dengue clásico y, en 1995, 3.886. En 1995 se registró un caso de dengue hemorrágico en Escuintla. En 1996 se registraron 3.704 casos de dengue clásico y 19 casos de dengue hemorrágico, sin ninguna defunción. Ese año, el Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social (IGSS) notificó 500 casos de dengue clásico.

Enfermedades inmunoprevenibles. Durante 1994 se registraron 68 casos de sarampión y 34 muertes por esta causa,

de las cuales 28 fueron en menores de 5 años. En 1995 se registraron 64 casos y en 1996 se confirmó un caso. En 1994 se registraron 74 casos de tos ferina, con 73 defunciones. En 1995 se registraron 62 casos y en 1996, 66. De difteria no se registró ningún caso en 1994 y hubo 2 casos en 1995. De tétanos neonatal se registraron 18 casos en 1994 —con 7 defunciones—, 8 casos en 1995 y 12 en 1996. No se registran casos de poliomielitis parálitica por virus salvaje desde 1990. El Programa Ampliado de Inmunización se estableció en el país en 1982. En 1996, la cobertura de vacunación de menores de 1 año fue de 73% para las tres dosis de vacuna antipoliomielítica oral, 73% para las tres dosis de DPT, 70% para antisarampionosa, 77% para BCG y 8% para toxoide tetánico en mujeres en edad fértil.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En 1994 se registraron 84.932 casos de enfermedad diarreica aguda, con 5.842 muertes por esa causa. En 1995 hubo 83.643 casos y 6.784 defunciones. La disminución a partir de 1992, año en el que se registraron 99.737 casos, se puede deber a las medidas de prevención y a las inversiones en recursos para el aumento de la cobertura y vigilancia de la calidad del agua que se iniciaron en 1991, a raíz de la epidemia de cólera.

El parasitismo intestinal ocupa uno de los primeros lugares como causa de morbilidad a nivel nacional. En 1994 se registraron 154.911 casos —con una tasa de 15,1 por 1.000 habitantes— y 442 defunciones atribuidas a esta causa. No hay datos que permitan discriminar entre las diferentes causas de parasitismo.

En 1994 se registraron 16.779 casos de cólera, que en 1995 fueron 8.280 y en 1996, 1.572 (106 confirmados). Las tasas de letalidad respectivas fueron 0,9%, 1,2% y 0,9%. El departamento que presentó la tasa de morbilidad más elevada en 1995 fue El Progreso, con 276 casos por 100.000.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1994 se registraron 3.365 casos de tuberculosis con una tasa de incidencia de 33 por 100.000. En 1995 la tasa se redujo a 17,3 por 100.000 y se registraron 523 defunciones. Los casos registrados de lepra desde 1991 hasta 1997 fueron 77, todos en pacientes adultos. Se diagnosticaron 66 casos multibacilares y 11 casos paucibacilares.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las primeras causas de morbimortalidad en el país. En 1994 se registraron 138.550 casos y en 1995, 178.355 (lo que representa una incidencia de 18 por 1.000). En 1994 se registraron 10.846 defunciones causadas por neumonía e influenza, que constituyeron la primera causa de mortalidad general y la segunda causa de mortalidad hospitalaria ese año. La neumonía fue la segunda causa de mortalidad de menores de 1 año (17% de las defunciones), la primera en el grupo de 1 a 4 años (26% de las de-

funciones) y la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 49 años (12% del total de muertes en el grupo).

Rabia y otras zoonosis. En 1994 se registraron 13 casos de rabia humana; en 1995, solo 9. En 1996 se reportaron unas 8.000 personas mordidas por animales sospechosos de rabia, fallecieron 8 personas y se notificaron 178 casos de rabia en animales. La sección de zoonosis desarrolló campañas de vacunación antirrábica a nivel nacional. No se cuenta con información referente a brucelosis, leptospirosis, teniasis-cisticercosis y encefalitis equina, enfermedades todas ellas existentes en el país.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Hasta el 30 de septiembre de 1996, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social había registrado un total de 1.371 casos de sida ocurridos en Guatemala desde 1984. En el total acumulado, los casos en varones triplican los casos en mujeres, que se han ido haciendo más frecuentes. La transmisión sexual es responsable de 93% de los casos, de estos 67% por transmisión heterosexual. Dados los serios problemas de notificación, es arriesgado estimar la incidencia y la mortalidad por sida en el país. La incidencia anual, según los datos disponibles, podría ser de 5 por 100.000. El tratamiento de los enfermos con sida es muy limitado y solo las personas de elevados ingresos pueden adquirir antivirales y medicamentos para las infecciones oportunistas. De estas, la más frecuente es la tuberculosis (30% de las infecciones oportunistas diagnosticadas).

Los casos de sífilis diagnosticados en 1994 fueron 308. No se cuenta con información sobre otras enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades transmitidas por alimentos. En 1994 se registraron 257.680 casos de enfermedades de transmisión alimentaria, con una morbilidad de 2.580 por 100.000 y una mortalidad de 25 por 100.000. En la mayoría de los casos se desconocen los agentes etiológicos y los alimentos involucrados.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En 1994 la tasa de mortalidad por desnutrición a nivel nacional fue de 45 por 100.000. En el Programa de Escuelas Centinelas, que se inició en 1994, se detectó en la población de menores de 6 años déficit de talla para la edad en 64% de las niñas y 75% de los niños; de peso para la talla en 11% de las niñas y 17% de los niños, y de peso para la edad en 45% de las niñas y 54% de los niños. Según el mismo estudio, en 1994 padecían desnutrición 84% de las niñas y 83% de los niños menores de 9 años.

En la Encuesta Nacional de Micronutrientes de 1995 se utilizó la excreción de yodo urinario en mujeres y niños escolares para estudiar la posible carencia alimentaria de este micronutriente. Los resultados mostraron una buena situación, con un promedio de excreción de yodo de 211 µg/ml en las zonas rurales y 248 µg/ml en las urbanas (la excreción considerada normal es de 100 µg/ml).

En 1995 la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil fue de 35,4%, en embarazadas, de 39,1% y en niños de 1 a 5 años, de 26,0%. La prevalencia de hipovitaminosis A en niños de 1 a 5 años se estimó en 15% a nivel nacional.

Tumores malignos. Durante 1994 se registraron 2.329 defunciones por tumores malignos (3,6% del total de defunciones). Los cánceres más frecuentes fueron los de origen gástrico (36%), hepatobiliar (36%) y broncopulmonar (10,5%). En las mujeres de 15 a 49 años los tumores malignos más frecuentes fueron los de cuello uterino (40%), estómago (27,5%), hígado (14,0%), mama (10,9%) y bronquios (3,7%). En los varones las cinco primeras localizaciones fueron estómago (41,3%), hígado (31,5%), bronquios y pulmones (10,5%), páncreas (6,9%) y próstata (3,5%). La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en las mujeres mayores de 15 años fue en 1994 de 4,4 por 100.000.

Accidentes y violencia. En 1994 se registraron 1.720 muertes producidas por traumatismos, envenenamientos y otras lesiones y efectos no intencionales; 85% de estas defunciones correspondieron a hombres y 15% a mujeres. La tasa de mortalidad por lesiones causadas por vehículos de motor fue de 0,92 por 100.000.

En 1996, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) comunicó haber atendido un total de 37.676 accidentes, 85% accidentes comunes y 15% accidentes de trabajo. Los accidentes más comunes fueron en las empresas (67%), la vía pública (23%) y el hogar (9%).

La tasa estimada de mortalidad por homicidios en mayores de 15 años fue de 47 por 100.000 habitantes en 1994.

Salud oral. En 1991 el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social estudió una muestra de 11.000 escolares de 2 a 18 años de 157 centros educativos seleccionados al azar. El índice promedio de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) fue de 7 y 80% de los escolares dijeron tener cepillo de dientes o similar.

Trastornos mentales y del comportamiento. No hay datos de morbilidad psiquiátrica a nivel nacional. Se estima que una cuarta parte de la población puede presentar trastornos de tipo emocional, proporción que podría ser hasta de 35% en las zonas de conflicto armado.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En 1994 se inició un proceso formal de negociaciones con el Acuerdo de Reiniciación de las Conversaciones de Paz. El Acuerdo de Paz fue suscrito el 29 de diciembre de 1996 por los representantes gubernamentales y de la guerrilla. Este nuevo contexto de paz obliga a una profunda modernización institucional del Estado para mejorar sustancialmente su nivel de eficiencia y capacidad de gestión, enfrentar el delicado problema de las finanzas públicas y la implementación eficaz de los programas sociales que sustenten la paz y el desarrollo económico.

Las políticas de salud se inscriben dentro del programa de modernización económica del Gobierno, que incluye reformas para aumentar los ingresos del Estado, controlar el déficit fiscal y aumentar el gasto en los sectores sociales. Un complemento importante de estas políticas ha sido la reforma de la asignación a los municipios. De la asignación que el Estado asigna a las municipalidades —8% del presupuesto nacional— por lo menos 90% debe destinarse a programas y proyectos de educación, salud preventiva, obras de infraestructura y servicios públicos que mejoren la calidad de vida.

En el Plan de Desarrollo Social 1996–2000 se revisaron y analizaron las metas y objetivos planteados en anteriores planes de desarrollo, incorporando los compromisos de las recientes cumbres presidenciales centroamericanas, particularmente en lo que se refiere al desarrollo sostenible y la integración social.

El Gobierno ha formulado las Políticas de Salud 1996–2000, que incorporan, orientan y apoyan los aspectos de la reforma y los compromisos de paz. Estas políticas incluyen siete aspectos: a) reordenamiento, integración y modernización del sector salud; b) aumento de las coberturas y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios básicos de salud, con énfasis en la prevención y control de los problemas prioritarios; c) mejoramiento de la gestión hospitalaria; d) promoción de la salud y del ambiente saludable; e) aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua para consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento ambiental básico en las zonas rurales; f) participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios, y g) coordinación de la cooperación técnica internacional para que apoye la ejecución de las acciones prioritarias establecidas en las políticas de salud y en el proceso de reforma sectorial.

Dentro del marco de la reforma global del Estado se inserta un proceso de reforma del sector salud que tiene como propósito político la transformación integral del modelo de producción social de la salud. Sobre todo se intenta lograr una respuesta social organizada para que las intervenciones

sectoriales afecten las causas fundamentales de la enfermedad y no solo los daños causados a la salud.

La reforma del sector salud que se inició en 1994 busca satisfacer los siguientes objetivos específicos: a) extender las coberturas de los servicios básicos de salud, focalizándolos a los más pobres; b) aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sostenibilidad; c) reorientar la asignación de los recursos; d) aumentar la eficiencia del sector público en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios, y e) generar una respuesta social organizada, con una amplia base participativa.

Paralelamente a este proceso, se está ejecutando una reforma financiera para la modernización económica del Estado, tendiente a mantener una situación macroeconómica estable y crear el espacio fiscal necesario para aumentar el gasto social.

Organización del sector salud

El sector salud está conformado por instituciones del ámbito público y privado, organizaciones no gubernamentales y un importantísimo sector de medicina tradicional sobreviviente de la cultura maya, principalmente a nivel rural e indígena.

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 25%; IGSS, 17%; Sanidad Militar, 2,5%; organizaciones no gubernamentales, 4% y sector privado, 10%. Menos de 60% de la población tiene algún tipo de cobertura de servicios de salud. Esta cobertura no ha mostrado aumentos sustanciales desde 1990, cuando era de 54%. Esta fue una de las razones que impulsaron al Gobierno a modificar el modelo tradicional de atención, mediante la reforma del sector. Se diseñó así un Sistema Integral de Atención de Salud (SIAS) que está en fase de implementación y pretende brindar atención básica a la totalidad de la población que actualmente no tiene acceso a los servicios de salud. Para ello se utilizarán los recursos existentes dentro de un contexto de organización y participación comunitaria que genere y produzca cambios en la situación de salud.

El SIAS se basa en la prestación de servicios de salud definidos, simplificados y permanentes, suministrados por personal voluntario, apoyado y supervisado por personal institucional. Estos actores comunitarios deberán trabajar en estrecha relación con un equipo de salud que les brindará apoyo técnico, logístico y resolutivo, y que a diferencia del perfil tradicional del personal de salud, trabajará en íntimo contacto con la comunidad.

Para la atención a las personas se han especificado los servicios mínimos de salud, de cobertura nacional, formulados de acuerdo al perfil epidemiológico de las comunidades y

conformados por las siguientes actividades: 1) atención de la mujer embarazada, mediante control prenatal, aplicación de toxoide tetánico, suministro de sulfato ferroso y atención al parto y al puerperio; 2) atención infantil, vacunación, control de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas y evaluación y atención nutricional de los menores de 2 años; 3) atención de la demanda de emergencia y enfermedades agudas (diarrea, cólera, infecciones respiratorias, malaria, dengue, tuberculosis, rabia, enfermedades de transmisión sexual y otras según el perfil epidemiológico local).

Los servicios ampliados de salud están dirigidos a 58% de la población ya cubierta por servicios de salud y son prestados por personal institucional que además de los servicios mínimos anteriormente descritos, brinda atención a la mujer en edad fértil, detección precoz del cáncer y planificación familiar; atención infantil y preescolar a menores de 5 años; atención de emergencias y morbilidad, y atención del medio ambiente, normas sanitarias y desarrollo y gestión de proyectos.

Actualmente está en marcha un proceso de reforma educativa llamado Programa Nacional de Autogestión para el Desarrollo Educativo (PRONADE), que comenzó en 1996 con la formación de maestros mediante un programa piloto en 39 centros de enseñanza en todo el país. El propósito del PRONADE es la formación de maestros bilingües (lengua indígena-español) para que en el año 2000 no haya un solo niño guatemalteco sin formación primaria elemental.

Desarrollo de legislación relacionada con la salud

El nuevo Código de Salud tiene como propósito asegurar la viabilidad y la implementación del proceso de cambio iniciado con la reforma del sector. Integra aspectos novedosos, como el propio concepto y definición del "sector salud", y crea la figura del Consejo Nacional de Salud, ente asesor del Gobierno y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuyo objetivo es regular el desarrollo de los servicios de salud y su infraestructura, relacionada con la formación y utilización de recursos humanos y las redes de servicios de atención. El código incorpora la promoción y la protección de la salud como aspectos específicos y prioritarios.

En noviembre de 1996 se sancionó una ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia familiar. Su articulado define la violencia familiar, el ámbito de aplicación de la ley y la presentación de denuncias, las instituciones encargadas de recibirlas, las medidas de seguridad, deberes del Estado, etc.

La ley de protección para las personas de la tercera edad, también sancionada en 1996, tiene como propósito salvaguardar los derechos de los ancianos y promover su calidad de vida.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Abastecimiento de agua, saneamiento y residuos sólidos. En 1994 la cobertura de abastecimiento de agua fue de 92% en la población urbana y 54% en la rural. La cobertura de saneamiento (alcantarillado) en el área urbana alcanza a 72% —correspondiendo a drenaje-fosa séptica 65% y a letrina-excusado 33%. En zonas rurales la cobertura de saneamiento solo llega a 52%. Esto significa que 3,7 millones de personas no tienen abastecimiento de agua potable y que 4,2 millones no disponen de saneamiento adecuado.

Existen 16 plantas de tratamiento de aguas residuales en el área metropolitana, pero solamente funcionan 4. De las 329 municipalidades del resto del país, 286 tienen red de alcantarillado, pero solamente 15 cuentan con planta de tratamiento de aguas residuales. El resto descargan las aguas residuales sin ningún tratamiento a los cuerpos receptores.

El país no cuenta con sistemas de tratamiento final para los desechos sólidos en ningún municipio. Se estima que la disposición de desechos sólidos en el área urbana del país se lleva a cabo por servicios de recolección que sirven a 47% de la población. El resto quema o entierra la basura o la vierte. En el área rural solo 4% de la población cuenta con servicio de recolección. La basura recolectada —tanto en zonas urbanas como rurales— se vuelca en vertederos sin ningún tratamiento posterior.

Actualmente está en curso un proceso de reorganización del sector que incluirá la promulgación de una ley de aguas (en trámite en el Congreso) que permitirá regular y conservar las fuentes de agua potable.

Existe un Programa de Vigilancia, Control y Monitoreo de la Calidad del Agua a nivel departamental y se está promoviendo la elaboración de normas de calidad para el agua de consumo, así como normas técnicas para regular la descarga de aguas residuales. Para incrementar la capacidad de gestión ambiental se capacitó a autoridades de 80 de los 330 municipios del país en la formulación de planes de recolección, transporte y disposición de residuos sólidos.

Contaminación atmosférica y ambiental. La contaminación atmosférica en el Departamento de Guatemala se debe fundamentalmente a los vehículos de motor, cuyo número crece cada año. Un estudio realizado en 1995–1996 en la ciudad de Guatemala por la Universidad de San Carlos y el Programa Ecológico de Centroamérica mostró la existencia de partículas en suspensión, dióxido de nitrógeno y ozono en concentraciones atmosféricas por encima de los estándares de la OMS.

En 1991 se promulgó una norma del Ministerio de Energía y Minas que regula la importación de gasolina con plomo, cuya concentración no puede exceder de 130 mg/l.

Guatemala es un país agrícola, con 32% de su territorio dedicado a la agricultura. Casi dos millones de personas viven en contacto directo con plaguicidas. En 1994 se importaron 5,7 millones de kilogramos de plaguicidas (lo que representa 0,5 kg por habitante). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza controles periódicos de residuos de plaguicidas en alimentos de consumo humano. En 1995, de 72 muestras analizadas solamente en 2 se hallaron niveles superiores al límite máximo establecido por la FAO/OMS.

El uso de plaguicidas determina un número importante de intoxicaciones accidentales y laborales cada año. No se conocen las cifras exactas de intoxicaciones agudas por plaguicidas, pero según las notificaciones del IGSS en 1993 hubo 282 casos, en 1994, 237 y en 1996, 80. Cerca de 90% de las intoxicaciones se producen en hombres y en tres cuartas partes de los casos los intoxicados son jornaleros. Los plaguicidas que más frecuentemente causan intoxicaciones agudas son los organofosforados.

Varias instituciones públicas y privadas realizan actividades de capacitación y educación para prevenir las intoxicaciones. En 1994, en actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y Alimentación y el Gremio Químico Agrícola se capacitó a 1.400 personas.

Intoxicaciones alimentarias. Las intoxicaciones alimentarias continúan siendo una causa frecuente de morbilidad y mortalidad. La adulteración es uno de los principales problemas en algunos productos, preferentemente los lácteos. En 1993, 53% de las muestras de productos lácteos cumplieron las normas establecidas. En estudios de calidad microbiológica de los alimentos de venta callejera en 1993 se halló una calidad satisfactoria en 60% de las muestras en la capital y en 52% en los departamentos del interior.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos actualmente está en fase de revisión, ya que el subregistro es grande debido a la falta de denuncia y registro. Además, enfermedades como el cólera y otras que pueden ser transmitidas por alimentos, no se registran como casos de enfermedades de transmisión alimentaria.

Información y estadística sanitaria. Desde 1991 se está implementando en la región metropolitana de Guatemala el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Muertes Maternas, que en 1995 se inició también en los departamentos de Huehuetenango y Baja Verapaz. La información es obtenida por el personal de salud, luego de una breve capacitación, y permite tener datos para apoyar la toma de decisiones.

En 1996 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social decidió implantar el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA). Este sistema parte de la política de ampliación de coberturas e incorpora la información al Sistema Integral

de Atención en Salud. El SIGSA pretende ser un sistema integral de información y en él se integran módulos de estadísticas de salud, finanzas, planificación, suministros, recursos humanos y gestión hospitalaria. El propósito del SIGSA es fortalecer la capacidad de análisis del personal de los diferentes niveles para que sus decisiones se basen en información oportuna y pertinente.

El Ministerio ha iniciado el proceso de implementación del Sistema de Información Geográfico y de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

En 1993 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaba con 19.385 empleados y una red de unos 3.861 establecimientos que incluye 35 hospitales, 32 centros de salud tipo A, 188 centros de salud tipo B, 785 puestos de salud dependientes del Ministerio de Salud, 24 puestos de salud dependientes de la Sanidad Militar y 2.642 establecimientos entre farmacias estatales, puestos municipales de venta de medicamentos, etc. El sector privado cuenta con unos 2.000 establecimientos, aunque solo cubre 10% de la población.

Según datos de 1995 hay 12.725 camas hospitalarias en todo el país, 1,1 por cada 1.000 habitantes.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) tiene 24 hospitales, 4 de ellos especializados. La cobertura del IGSS es limitada a nivel nacional, ya que solo tiene puestos de salud y primeros auxilios en 9 departamentos y consultorios en 10. Sus hospitales están concentrados en Guatemala capital, aunque en Escuintla y en Suchitupé se han abierto hospitales del IGSS en años recientes.

Los puestos de salud del Ministerio o del IGSS son atendidos por personal auxiliar. Los centros de salud del Ministerio cuentan con personal médico permanente, pero con un horario de atención de ocho horas. La capacidad resolutoria de los puestos y centros de salud es muy limitada y no existe un sistema de referencia y contrarreferencia funcional y efectivo.

Los hospitales del Ministerio y del IGSS cuentan con especialistas contratados únicamente cuatro horas al día. Los hospitales especializados de referencia nacional se encuentran concentrados en la capital.

Salud de los excombatientes. Unos 3.400 excombatientes de la guerrilla (URNG) han sido reasentados en 7 campamentos del interior, en los departamentos de Quiché, Alta Verapaz, Escuintla y Quetzaltenango. En general son adultos de menos de 30 años, de 15% a 20% mujeres, y hay también algunos niños. El 3 de marzo de 1997 comenzó un plan bimensual de atención que debe continuar con un proceso de reinserción social, con capacitación y orientación vocacional. Hay tam-

bién un programa de atención médica integral y de salud oral. Los equipos de salud están integrados por un médico de la URNG que es el jefe del equipo, un médico de la organización Médicos del Mundo, cuatro estudiantes de odontología, un promotor de salud de la Universidad Misionera de los Pobres, un promotor de salud de la URNG y un promotor dental de la URNG.

Salud mental. La salud mental no ha sido una prioridad en el país, pero desde hace dos años un grupo de organismos gubernamentales y no gubernamentales está llamando la atención sobre el problema para crear un programa nacional de salud mental.

El Ministerio cuenta con un hospital psiquiátrico de referencia nacional, con 350 camas, que proporciona también consultas externas y hospitalización de día. El IGSS cuenta con una unidad de psiquiatría con 25 camas, que sirve para la referencia de sus afiliados y brinda también consulta externa. El Ministerio cuenta con clínicas psiquiátricas de consulta externa en tres hospitales nacionales ubicados en la capital. En el área metropolitana hay 10 psicólogos del Ministerio y 10 del IGSS que prestan atención en centros de salud y policlínicas periféricas. El IGSS tiene un programa de Psicología Comunitaria en el departamento de Escuintla.

Para la formación de recursos humanos existe un posgrado de psiquiatría que forma personal del Ministerio e IGSS y del cual egresan unos cinco psiquiatras por año. En 1995 se capacitaron 20 enfermeros profesionales del Ministerio y del IGSS en psiquiatría y salud mental.

El Departamento de Salud Mental del Ministerio está constituido básicamente por una oficina técnico-normativa, que planifica y coordina los programas de salud mental a nivel nacional, incluido el Plan de Atención a Excombatientes, para prestar atención en los aspectos de salud mental en las unidades aledañas a los campamentos de reasentamiento.

Insumos para la salud

Medicamentos. Los medicamentos se comercializan en una red de 52 farmacias públicas, 80 puestos municipales de venta de medicamentos y 1.920 farmacias privadas. Hay 900 farmacéuticos y 1.100 técnicos en farmacia. Un total de 8.172 especialidades farmacéuticas están registradas; de estas solo 12% está en circulación. Existen 81 laboratorios nacionales fabricantes de medicamentos y 9 extranjeros. Hay un laboratorio oficial de control de la calidad de los medicamentos y cuatro privados.

En 1995 el gasto en medicamentos fue de US\$ 159 millones, de los que correspondieron al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social US\$ 13 millones (8%), al IGSS US\$ 19 millones (12%) y al sector privado US\$ 127 millones (80%).

Los grupos terapéuticos más consumidos son los antiinfecciosos, los antiinflamatorios y los medicamentos para la gastritis y la úlcera péptica. Desde 1996 existe la Comisión Multi-sectorial para la elaboración de políticas de medicamentos, en la que participan el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el IGSS, el Ministerio de Economía, el gremio de fabricantes y de importadores de medicamentos y la OPS.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con la División de Registro y Control de Medicamentos y Alimentos que registra los medicamentos, autoriza la instalación de establecimientos farmacéuticos, realiza análisis fisicoquímicos, controla la producción, la comercialización y la dispensación de estupefacientes y psicotrópicos y autoriza la publicidad de medicamentos.

Según un estudio realizado en 1993 en una muestra de puestos de salud del Ministerio en todo el país, 70% de dichos puestos contaban con los 27 medicamentos esenciales identificados como tales por el Ministerio.

Recursos humanos

En 1993 el sector salud integró a unas 51.000 personas, de las cuales 26% son personal comunitario voluntario, 17% laboran en el sector privado y 57% en el sector público. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con 19.385 empleados, de los cuales son profesionales 12,4%, técnicos 8,8%, auxiliares 26,5%, y personal administrativo y de servicios generales 52,3%. El IGSS cuenta con unos 8.000 empleados de planta y 1.300 supernumerarios. De ese total, 50,5% desempeñan funciones administrativas y de servicios varios.

Según datos de 1993, por cada 10.000 guatemaltecos hay 9 médicos, 3 enfermeros profesionales, 11 auxiliares de enfermería, 20 parteras y 1,3 odontólogos.

Aproximadamente 80% de los médicos, 56% de los profesionales de enfermería y 50% de los auxiliares de enfermería se encuentran en la región metropolitana, donde hay 28 médicos y 4,9 enfermeros profesionales por cada 10.000 habitantes. Las zonas rurales, donde vive 65% de la población y se concentran los grupos de mayor riesgo, están atendidas fundamentalmente por auxiliares de enfermería, técnicos de salud rurales, comadronas y promotores de salud comunitaria voluntarios.

Cerca de 80% del personal de salud del IGSS se concentra en la región metropolitana. La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales provoca un gran déficit en la capacidad resolutoria a nivel ambulatorio rural y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa.

En cuanto a capacitación administrativa, el personal de salud institucional se encuentra capacitado para los procesos operativos pero no en aspectos gerenciales del sistema de salud.

En el campo de la salud pública, el país cuenta con epidemiólogos en todos los departamentos, con diferentes grados de capacitación. Hay déficit de ingenieros sanitarios y especialistas en economía de la salud, aun a nivel central del Ministerio. La formación de personal profesional de salud está a cargo de la Universidad de San Carlos (USAC), la Universidad Francisco Marroquín y la Universidad del Valle, estas últimas privadas, mientras que la USAC es estatal. En 1995 comenzó a funcionar la Maestría de Salud Pública en la USAC, que permitirá formar personal de diferentes instituciones del Estado, en aspectos gerenciales, ambientales, de investigación y epidemiología.

Gasto y financiamiento sectorial

El gasto público en salud en 1995 fue equivalente a 1,2% del producto interno bruto. El porcentaje del presupuesto general de gastos del Estado dedicado a salud durante el período 1991-1994 llegó a 18,1%. En 1996 el gasto público en salud fue equivalente a 13% del total de gasto público; en 1992 fue de 6,6%.

La asignación de presupuesto para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1996 fue de US\$ 195,98 millones, y en 1997 de US\$ 203,57 millones. La asignación para el IGSS en 1994 fue de US\$ 199,27 millones, y en 1995 de US\$ 227,23 millones (tasa de cambio para 1996 y 1997: 6 quetzales = 1 dólar estadounidense).

El gasto público en salud en 1996 se reorientó y, a diferencia de otros años, se asignó una parte considerable de 43,8% a atención primaria —servicios locales de salud—; 24,6% se destinó a la red hospitalaria.

La Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio cuenta actualmente con una cartera de proyectos para la paz entre los que destacan los siguientes:

- Sistema Integrado de Atención en Salud para Departamentos y Municipios Críticos del Área de la Zona Paz, proyecto para el que el Ministerio ha presupuestado US\$ 13,81 millones con una inversión externa suplementaria de US\$ 26,3 millones.
- Agua Potable y Saneamiento para el Área Rural de los Municipios Priorizados de la Zona Paz, proyecto en el que se prevé una inversión gubernamental de US\$ 12,65 millones, una aportación de las comunidades de US\$ 5,06 millones y una inversión externa de US\$ 12,65 millones.
- Unidades de Emergencia Médica de 24 Horas, Primer Nivel, en el área metropolitana de Guatemala, con un gasto del Ministerio de US\$ 232.000 y una inversión externa de US\$ 659.000.