

**ESTUDIO CUALITATIVO DE LA ATENCION DE SALUD
EN TRES DEPARTAMENTOS DE GUATEMALA**

INFORME FINAL

Junio 1994

**Informe preparado para:
El Banco Mundial
y El Banco Interamericano de Desarrollo**

Publicación INCAP DCE/058

Por:

Elena Hurtado, MPH, Contratista

Christa de Valverde, Antropóloga

Eugenia Saenz de Tejada, Antropóloga

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AdeE	=	Auxiliar de Enfermería
AdeS	=	Area de Salud
APS	=	Atención Primaria de Salud
APROFAM	=	Asociación Pro-Bienestar de la Familia
ASEDE	=	Asociación para la Educación y el Desarrollo
ASECSA	=	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud
BID	=	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	=	Banco Mundial
CARE	=	Cooperación Americana de Remesas al Exterior
CdeS	=	Centro de Salud
CLM	=	Concepción Las Minas, Chiquimula
CONALFA	=	Comisión Nacional de Alfabetización
CHI	=	Chisec, Alta Verapaz
DIGESA	=	Dirección General de Servicios Agropecuarios
DIGESEPE	=	Dirección General de Servicios Pecuarios
EG	=	Enfermera Graduada
EPS	=	Ejercicio Profesional Supervisado
ESQ	=	Esquipulas, Chiquimula
FEGUA	=	Ferrocarriles de Guatemala
FIS	=	Fondo de Inversión Social
FONAPAZ	=	Fondos para la Paz
GOM	=	La Gomera, Escuintla
IEF	=	International Eye Foundation/Fundación Internacional del Ojo
IGSS	=	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IRA	=	Infecciones Respiratorias Agudas
IdeS	=	Inspector en Saneamiento e Higiene
IVS	=	Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IGSS)
MCOP	=	Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas
JdeA	=	Jefatura de Area
MSPAS	=	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OBS	=	Observación
ONG	=	Organización no gubernamental
OLP	=	Olopa, Chiquimula
OPS	=	Organización Panamericana de la Salud
PARLACEN	=	Parlamento Centroamericano
PNZ	=	Panzós, Alta Verapaz
PdeS	=	Puesto de Salud
PLANAN	=	Programa Latinoamericano de Niño a Niño
PRS	=	Promotor Rural de Salud
QZT	=	Quezaltepeque, Chiquimula
SEGEPLAN	=	Secretaría General de Planificación Económica
SLC	=	Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla
SNEM	=	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria
SRO	=	Sales de Rehidratación Oral
TNT	=	La Tinta, Panzós, Alta Verapaz
TSR	=	Técnico en Salud Rural
TS	=	Trabajadora Social
UDRI	=	Unidad de Desarrollo Integral
UdeS	=	Unidad Mínima de Salud
UNICEF	=	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UTC	=	Unidad de Tratamiento del Cólera

TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

RESUMEN	1
I. INTRODUCCION	8
II. OBJETIVOS	9
III. METODOLOGIA	10
Selección de Comunidades	
Técnicas y Procedimientos	
Limitaciones	
Personal	
Duración del estudio	
IV. DESCRIPCION DE LAS AREAS DE SALUD DE ESTUDIO	14
A. Alta Verapaz	
Chisec	
La Tinta	
B. Chiquimula	
Olopa	
Concepción Las Minas	
C. Escuintla	
La Gomera	
Santa Lucía Cotzumalguapa	
V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	28
A. Los Problemas de los Servicios de Salud	28
1. Perspectiva del personal de salud	
2. Perspectiva del personal voluntario	
3. Perspectiva de los usuarios de los servicios de salud	
4. Perspectiva de los no usuarios de los servicios de salud	
5. Perspectiva del sector público	
6. Perspectiva del sector privado	
7. Otros problemas identificados	

B.	Hacia un Nuevo Modelo de Atención en Salud	59
1.	Aspectos positivos de los servicios de salud	
2.	El nuevo modelo de atención de salud del MSPyAS	
3.	Visión sobre el nuevo modelo de atención de salud del MSPyAS	

VI. CONCLUSIONES77

A.	Los Problemas de la Atención en Salud
1.	Problemas relacionados con recursos materiales y humanos
2.	Problemas de organización de los servicios
3.	Problemas relacionados a la calidad de los servicios
B.	Aspectos Positivos en la Atención en Salud
1.	Experiencias exitosas
2.	El nuevo modelo de atención en salud del MSPyAS

VII. RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES DE LOS HALLAZGOS PARA EL NUEVO MODELO DE ATENCION DE SALUD82

A.	Recomendaciones de Sectores Consultados
B.	Recomendaciones de la Investigación

ANEXOS

1.	REFERENCIAS
2.	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
3.	CRONOGRAMA DETALLADO
4.	EQUIPO QUE REALIZO LA INVESTIGACION
5.	DESCRIPCION DE AREAS Y COMUNIDADES DE ESTUDIO, MAPA
6.	PERSONAS CONTACTADAS/PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION
7.	CUADROS DE ENTREVISTAS CON USUARIOS Y NO USUARIOS

ESTUDIO CUALITATIVO DE LA ATENCION EN SALUD EN TRES DEPARTAMENTOS DE GUATEMALA

RESUMEN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS), con apoyo de Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), está interesado en emprender una reforma del sector salud que incluya la mejoría de la capacidad de ejecución del MSPAS y el diseño de una estrategia alternativa para el sector salud completo incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), las municipalidades y el sector privado. Varios grupos de investigadores se encuentran actualmente realizando estudios para proveer información necesaria para el diseño de un "nuevo modelo de atención de salud" en Guatemala.

Un elemento importante para basar estas propuestas en la situación real actual, es el conocimiento de los factores relacionados a la baja utilización y bajo rendimiento de los servicios de salud desde la perspectiva del mismo sector de salud pública y de la población a la que sirven, así como la identificación de sus recomendaciones para orientar la implementación de un modelo de atención de salud alternativo

El alcance de trabajo de esta consultoría fue el de llevar a cabo el estudio cualitativo, descriptivo, de la atención de salud actual. Específicamente, el estudio trató de: (1) ahondar en las explicaciones relacionadas a la sub-utilización de los servicios de salud del MSPAS desde la perspectiva de los proveedores de salud, de los usuarios de los servicios, de los no usuarios y del sector privado, particularmente de organizaciones no gubernamentales (ONGs) que ofrecen servicios de salud en las áreas; (2) identificar distintas opciones para modificar el modelo de atención actual en puestos y centros de salud, por uno más participativo y acorde a las necesidades y características sociales y culturales de las poblaciones; (3) proveer recomendaciones pertinentes para las reformas previstas.

El estudio se llevó a cabo en dos comunidades, que corresponden a dos municipios, de cada una de tres Areas de Salud de Guatemala: Alta Verapaz, Chiquimula y Escuintla. La selección final de comunidades fue realizada conjuntamente con funcionarios del MSPAS, tomándose como criterio principal de inclusión el grado de "participación social" alrededor del servicio de salud gubernamental. Específicamente, en cada área se escogieron para estudio una comunidad con el "modelo tradicional" de atención de salud con poca participación de la población y otra comunidad donde este modelo esté siendo reemplazado por otro con algún grado de participación social.

La metodología empleada para llevar a cabo el estudio fue cualitativa, basada en la comunidad y utilizando una combinación de técnicas cualitativas de trabajo de campo. Específicamente, se utilizaron: (1) la observación directa en los servicios de salud; (2) las entrevistas abiertas individuales con miembros del personal de los servicios de centros y puestos de salud, con proveedores de salud de otros sistemas (por ejemplo, del sistema tradicional que incluye curanderos), con otros miembros del sector público y con representantes del sector privado, particularmente de ONGs que ofrecen atención en salud en las áreas estudiadas; (3) las entrevistas semi-estructuradas con usuarios y no usuarios de los servicios de salud; y (4) las discusiones de grupo con personal voluntario y grupos organizados en las comunidades.

Por tratarse de un estudio cualitativo, los hallazgos de esta investigación no se obtuvieron a partir de procedimientos estadísticos u otros métodos de cuantificación, sino a través de un análisis cualitativo en el que, en base a los datos (palabras de los informantes), se identificaron los principales temas relacionados a las debilidades y fortalezas del sistema de atención de salud y sus implicaciones para el diseño de un nuevo modelo.

Los problemas de la atención de salud

Los principales problemas identificados en relación al desempeño del sector salud fueron agrupados, para facilidad de comprensión y presentación, en tres categorías relacionadas y no nítidamente delineadas: (1) los problemas "de fondo" relacionados con los recursos materiales y humanos y la infraestructura física, (2) los problemas "intermediarios" relacionados con la organización de los servicios de salud y (3) los problemas de "primer plano" (más próximos al observador y al potencial beneficiario) relacionados con la calidad de la prestación de servicios.

Recursos materiales y humanos

En la primera categoría de problemas, los económicos fueron mencionados principalmente por el sector de salud pública mismo. Todo el personal entrevistado coincidió en señalar que los fondos de que dispone el sector salud son claramente insuficientes. Esto se traduce en insuficientes (y en algunos casos inexistentes) medicamentos, en falta de equipo, en insuficiente transporte y combustible para operar el escaso transporte disponible, en bajos salarios y falta de viáticos para actividades fuera del servicio y con personal voluntario. Cabe hacer notar que durante el tiempo que se realizó este estudio y hasta la fecha en que se elaboró este informe (abril 1994), el personal de salud se mantiene en una huelga en demanda de mejoras salariales.

En cuanto a recursos humanos, la falta de personal de salud, especialmente de médicos y de personal especializado (por ejemplo, técnicos en laboratorio y rayos X) también surgió como tema

importante en las entrevistas con el sector salud. Asimismo, la falta de médicos en los servicios (por que no hay o porque los contratados no cumplen con sus horarios de trabajo, prefiriendo trabajar en clínicas privadas) fue mencionado como problema tanto por los usuarios como por los no-usuarios de los servicios.

La infraestructura física de salud (hospitales, centros, puestos) fue un tema menos saliente en las discusiones y notas de campo, aunque representantes de comunidades lejanas (por ejemplo, miembros de Comités Pro-Mejoramiento) ven la necesidad de contar con unidades físicas mínimas para la provisión de atención de salud primaria. El acceso físico a los servicios de salud es un problema importante en algunos lugares de Alta Verapaz y en aldeas de Chiquimula señalado tanto por miembros del sector salud como por sector privado (ONGs y finqueros).

Organización de los servicios de salud

En la segunda categoría de problemas, de parte del sector salud entrevistado surgieron como importantes los temas de la centralización de recursos y la verticalidad, de "arriba para abajo", de los planes y decisiones; así como la determinación de coberturas basada en datos inadecuados y en divisiones geopolíticas no siempre adecuadas en términos de distancias y recursos. Por otra parte, se detectó el problema del personal "comisionado" a otros lugares y no a los lugares donde está su plaza; la falta de supervisión en todos los niveles, y la mala relación del personal de salud de los servicios con el personal de salud voluntario (promotores y comadronas).

La calidad de la atención en salud

Finalmente, en la tercera categoría se encontraron los problemas relacionados a la calidad de los servicios prestados, mencionados principalmente por los mismos usuarios y los no usuarios de los servicios. Estos tienen que ver con el incumplimiento del personal que labora en los servicios (especialmente de los médicos), el horario limitado de los servicios, los largos tiempos de espera, la falta de exámenes comunes y especializados, la falta de atención de emergencias y dificultades en la referencia de pacientes graves y el trato brindado por el personal de salud a las personas que muchas veces se sienten discriminadas por grupo étnico, idioma y nivel socioeconómico.

La falta de medicamentos, clasificado arriba como un problema "de fondo" por su relación con los aspectos económicos fue, sin embargo, mencionado repetidamente en las discusiones sobre calidad de la atención, tanto por los usuarios como por los no-usuarios de los servicios. Los problemas que más afectan la utilización de los servicios de salud, de acuerdo principalmente a los no-usuarios,

son: la falta de medicamentos, la falta de personal, especialmente de un médico y los demás elementos relacionados a la calidad de la atención.

Aspectos positivos en la atención en salud

Los aspectos positivos que este estudio trató de identificar guardan relación con algunos elementos que formarían parte del nuevo modelo de atención en salud, a saber, la participación concertada de la población y del sector privado en los servicios de salud y la recuperación de costos. Se encontraron ejemplos aislados con esta nueva orientación. Concretamente, se describen tres experiencias de este tipo. Una es el caso del Patronato que funciona para la construcción del Centro de Salud en Santa Lucía Cotzumalguapa (SLC), Escuintla, la cual ilustra el trabajo conjunto del sector público, incluyendo al sector salud, del sector privado y de la población en general organizados, a corto plazo, para el mejoramiento de la infraestructura y, a largo plazo, de los servicios de salud brindados y de la salud del área. Las otras dos son concernientes a la prestación de servicios de salud a los trabajadores agrícolas asalariados de fincas. En un caso, Agrosalud, una organización privada no lucrativa, es contratada por los propietarios de fincas para dar atención de salud a los trabajadores en coordinación con el sector de salud pública. En el otro caso, los ingenios de azúcar han construido centros para la atención de salud de los trabajadores.

Patronato para la construcción de un Centro de Salud

En Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, se organizó hace un año el Comité Pro-Construcción del Centro de Salud, que funciona como Patronato, cuyo objetivo es la construcción del Centro de Salud. Este Comité está integrado por miembros de la iniciativa privada con formación multidisciplinaria, médicos del sector privado, la municipalidad, médico director del nivel comunitario del IGSS y la directora del Centro de Salud de SLC.

Contando con instalaciones adecuadas, se tiene planificado brindar servicios de tipo integral, dar un mayor énfasis a la medicina preventiva, participación comunitaria, involucramiento del personal tradicional, descentralización y que sea autofinanciable.

Entre las actividades realizadas durante el primer año de trabajo están, obtener la donación de un terreno por la Municipalidad, el aporte económico de la misma, la elaboración de los planos de construcción a través de FUNDAZUCAR y contactos con diferentes ONGs e instituciones.

Agrosalud

Agrosalud es una organización privada, no lucrativa que presta de servicios de salud a trabajadores agrícolas de las fincas afiliadas. Los finqueros pagan una cuota mensual a la organización y los costos de otros programas, así como un salario al promotor encargado de la atención primaria en salud. Los mismos trabajadores agrícolas cuentan con servicio del IGSS para el tratamiento de accidentes.

Aspectos que contribuyen a hacer positiva la experiencia de Agrosalud son, por ejemplo, las buenas vías de acceso a lugares lejanos como La Tinta, Alta Verapaz lo que facilita la supervisión del personal y el traslado de emergencias de salud. También cabe hacer notar las modernas instalaciones encontradas en el mismo lugar, aunque infraestructura tan sofisticada quizás no sea necesaria dados los principales problemas de salud del área y, además, son sub-utilizadas.

Centros de salud en los ingenios

En los centros de atención de salud establecidos en algunos de los ingenios de azúcar del departamento de Escuintla, se les da servicio a los trabajadores permanentes y temporeros de las fincas. Se brindan servicios de medicina laboral (durante la zafra), preventiva, comunitaria y familiar. Los servicios especializados como exámenes de laboratorio y servicio odontológico se cobran a los trabajadores a precios accesibles.

Otros elementos positivos

En cuanto a la organización de los servicios su mayor fortaleza es la red de personal voluntario, promotores y comadronas, que ya ha sido seleccionado y capacitado a nivel de las comunidades. En algunos pocos lugares hay una incipiente organización de los mismos en comités y buenas relaciones con el personal de salud de los servicios. También se ha establecido algún sistema de incentivos para este personal. Sin embargo, nuevamente estos son ejemplos aislados y más bien el componente de personal voluntario, en general, se está deteriorando.

Uno de los aspectos positivos del IGSS es que, según sus directores locales, su presupuesto es mayor que el del MSPAS, lo que les permite tener más medicamento y equipo y más recurso humano especializado. El IGSS cuenta con mejores instalaciones, transporte y partidas para gasolina, salarios y viáticos para personal comunitario como promotores y comadronas.

Recomendaciones

El modelo de salud que se proponga debe tener elementos generales para todo el país, pero es claro que la implementación a nivel local tendrá elementos específicos para el área y para el funcionamiento de servicios específicos como hospitales, Centros de Salud tipo A y tipo B (CdeS), Puestos de Salud (PdeS), Unidades Mínimas de Salud (UdeS) y de población en circunstancias particulares, como la población migrante o la población más aislada.

Recomendaciones del sector salud

Las recomendaciones ofrecidas por el personal de salud entrevistado no fueron novedosas, girando principalmente en torno a la provisión de mejores salarios a los trabajadores y "recursos de todo tipo" para el funcionamiento de los servicios. También es una recomendación del sector salud la descentralización de los recursos que le permita a las áreas mayor capacidad de ejecución.

Por su parte, los voluntarios de salud también recomendaron se les recompensara económicamente, sino con un salario, al menos con los viáticos cuando asisten a los servicios para capacitaciones y otras actividades. Otras recomendaciones del personal voluntario son la de recibir más capacitación y obtener medicamentos básicos para la atención de pacientes en sus comunidades.

Recomendaciones de los beneficiarios actuales y potenciales

Las recomendaciones ofrecidas tanto por usuarios como por no usuarios de los servicios estuvieron relacionadas con la provisión de medicamentos gratuitamente o a muy bajo costo, la presencia de un médico o enfermera calificada en los servicios de salud y el cumplimiento con el horario de trabajo todos los días (que los servicios de salud se mantengan abiertos en el horario indicado y los fines de semana para emergencias). Además, los usuarios y no usuarios desean recibir del personal de salud un trato no discriminatorio por grupo étnico/ idioma o condición socioeconómica.

Recomendaciones de la investigación

Las recomendaciones provenientes de la investigación toman en cuenta las opiniones recibidas de los distintos entrevistados y las observaciones hechas durante la misma. En este resumen, se organizan las recomendaciones según la agrupación de problemas utilizada en el análisis de la información.

Recursos materiales y humanos

En cuanto a los "problemas de fondo" la infraestructura existente (en el lugar) tal como hospitales, CdeS, PdeS y algunas UdeS debe ser aprovechada y mantenida. El abastecimiento de agua potable y el saneamiento del medio deben ser considerados parte de la infraestructura de salud, así como el mejoramiento de las vías de acceso a las comunidades.

Es absolutamente necesario que se asigne al sector salud un presupuesto más amplio. Además, la consecución de fondos adicionales de organismos internacionales y otros es un imperativo. La recuperación de costos es posible, pero siempre habrá un segmento creciente de la población (estimada cualitativamente por diversos informantes entre 10-50%) que no tienen capacidad alguna de pago y la atención de la salud para el mismo debe ser garantizada. Deben revisarse y validarse los instrumentos de evaluación socioeconómica de la capacidad de pago de las familias. En el cobro de la consulta, de servicios especializados, fuera de horas hábiles y de fin de semana, el traslado de emergencias y en la venta de medicamentos a bajo costo pueden recuperarse algunos costos

La organización de los servicios

En cuanto a la organización de los servicios, los temas de la descentralización y la supervisión cobran prioridad. Las experiencias del Patronato para el manejo de hospitales y centros de salud y de Agrosalud y los ingenios para trabajadores agrícolas y poblaciones aisladas deben ser replicadas.

El personal voluntario de salud es, sin duda alguna, una fortaleza del sistema de atención en salud actual, que lamentablemente va en decadencia. Se debe fortalecer la atención de salud por este personal, dándole apoyo y mayor capacitación e incentivos; se discuten varias maneras de hacerlo.

La calidad de la atención de salud

En relación a la calidad de la atención de salud, a la par del enfoque y actividades preventivas, hay necesidad de proveer servicios curativos y un sistema de atención de emergencias. Si un servicio no es capaz de atender las enfermedades comunes o prestar auxilio en caso de emergencias se desprestigia rápidamente. El sistema debe orientarse hacia la satisfacción del usuario. Además de los mencionados, otros elementos claves de la orientación de los servicios hacia la satisfacción del usuario guardan relación con: el trato no discriminatorio y respetuoso y la información oportuna y comprensible. A propósito, debe utilizarse el enfoque de comunicación social y diseñarse una estrategia de comunicación y educación en salud que acompañe la implementación de nuevos modelos.

INFORME FINAL
ESTUDIO CUALITATIVO DE LA ATENCION EN SALUD
EN TRES DEPARTAMENTOS DE GUATEMALA

I. INTRODUCCION

Un esfuerzo importante del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala desde los años setenta ha sido el desarrollo y la extensión de los servicios de salud¹ a las áreas rurales, para proporcionar atención primaria a la población de escasos recursos y rural a un precio bajo (a 25 centavos de quetzal por consulta), a través de un sistema de puestos (PdeS) y centros de salud (CdeS) y una red de hospitales. En las áreas más remotas del país, los servicios del MSPAS aún no están disponibles. Sin embargo, en muchas áreas en las que hay puestos y centros de salud, la baja utilización de estos servicios continúa siendo un problema significativo.

Resultados de investigaciones antropológicas recientes, apuntan hacia las razones de la aparente baja utilización de muchas facilidades del MSPAS. Estas razones pueden ser divididas en dos grupos principales: 1) explicaciones relacionadas a la **organización de los servicios** y 2) explicaciones relacionadas al **contenido del tratamiento** proporcionado. Entre las primeras están los largos tiempos de espera para ser atendidos y lo inconveniente del horario o las actividades de los puestos y centros de salud, la interacción negativa entre el personal y los usuarios de los servicios, la falta de comunicación especialmente en las áreas indígenas, la falta o incumplimiento del personal y la falta de medicamentos y equipo. Entre las segundas están los métodos culturalmente inapropiados para examinar pacientes, los tratamientos inaceptables o incongruentes con los modelos conceptuales locales sobre salud y enfermedad y el reconocimiento de "enfermedades populares" o culturalmente enmarcadas que los médicos no pueden tratar. Además, la violencia política y la crisis económica son factores que han venido a agravar la situación.

Estos estudios se realizaron durante la década pasada en varios departamentos de Guatemala, principalmente en municipios y aldeas rurales. Todas las investigaciones fueron llevadas a cabo por antropólogas profesionales e incluyeron una muestra de residentes del municipio o de la aldea (tanto los que usan como los que no usan los servicios de los puestos y centros de salud). Las investigaciones produjeron conclusiones muy semejantes, a pesar de

¹ En este informe hemos utilizado el término "servicios de salud" para referirnos a los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

la diversidad de las comunidades estudiadas. Mientras algunas investigaciones se realizaron hace un decenio, trabajo de campo realizado en esta década indica que no han cambiado las razones que explican la aparente utilización baja de los servicios de salud gubernamentales.

El MSPAS con apoyo de Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) está interesado en emprender una reforma del sector salud que incluya la mejoría de la capacidad de ejecución del MSPAS y el diseño de una estrategia alternativa para el sector salud completo incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), las municipalidades y el sector privado. Más aún, los lineamientos de política de salud 1994-1995 tienen como propósitos "modificar los factores negativos que han impedido el desarrollo del sector, orientar su labor dentro de un enfoque que priorice la satisfacción de necesidades de los grupos menos favorecidos y promover una auténtica movilización y participación social".

Para basar estas propuestas en la situación real actual, se identificó la necesidad de realizar un estudio cualitativo para examinar los factores relacionados a la baja utilización y bajo rendimiento de los servicios de salud e identificar recomendaciones de la población y de otros sectores que sean pertinentes para orientar la implementación de un modelo de atención de salud alternativo. El alcance de trabajo de esta consultoría fue el de llevar a cabo este estudio cualitativo del modelo de atención de salud actual.

II. OBJETIVOS

El alcance de trabajo de esta consultoría quedó expresado en los siguientes objetivos:

1. Ahondar en las explicaciones relacionadas a la sub-utilización de los servicios de salud del MSPAS desde la perspectiva de los proveedores de salud de los distintos sistemas de salud, de los usuarios de los servicios, de los no usuarios y del sector privado.
2. Identificar distintas opciones para modificar el modelo de atención actual en puestos y centros de salud, por uno más participativo y acorde a las necesidades y características sociales y culturales de las poblaciones. Específicamente, tratar de responder en qué consiste la "participación en salud" y qué hace que la gente "participe en salud".
3. Proveer recomendaciones pertinentes para las reformas previstas en el sector salud.

III. METODOLOGIA

El estudio realizado fue un estudio cualitativo, es decir, una investigación cuyos hallazgos no se obtienen a partir de procedimientos estadísticos u otros métodos de cuantificación. Algunos de los datos pueden cuantificarse (por ejemplo, las respuestas a una entrevista), sin embargo, el método de análisis es cualitativo.

Selección de Comunidades

El muestreo en un estudio cualitativo se hace de manera "intencional". Un tipo de muestreo cualitativo es el de "casos críticos" que fue utilizado en esta investigación. El estudio se llevó a cabo en dos comunidades, que corresponden a dos municipios, de cada una de tres Areas de Salud: Alta Verapaz, Chiquimula y Escuintla. Estas tres Areas de Salud fueron escogidas por el Ministerio para comenzar a implementar el "nuevo modelo" de atención de salud².

La selección final de comunidades fue realizada conjuntamente con funcionarios del MSPAS, tomándose como criterio principal de inclusión el grado de "participación social" alrededor del servicio de salud gubernamental. Específicamente, en cada área se escogieron para estudio una comunidad con el "modelo tradicional" de atención de salud y otra comunidad donde, de acuerdo al MSPAS, éste está siendo reemplazado por un modelo de salud pública con algún grado de participación de la población y del sector privado. La selección final de comunidades (municipios) fue la siguiente:

En Alta Verapaz: Chisec y La Tinta, Panzós

En Chiquimula: Olopa y Concepción Las Minas

En Escuintla: La Gomera y Santa Lucía Cotzumalguapa

² En reunión sostenida con el Ministro de Salud Pública en diciembre de 1993, él explicó que se seleccionaron estas tres áreas de salud, por circunstancias específicas a cada una. En Escuintla se encuentra gran parte de los trabajadores agrícolas asalariados. En Chiquimula hay un pequeño grupo de población Chortí de muy bajos recursos y aislada. En Alta Verapaz la población es predominantemente indígena y una proporción alta está aislada. Por otra parte, dijo, los primeros ensayos del "nuevo modelo" se llevarán a cabo en estos departamentos.

Técnicas y Procedimientos

La metodología empleada para llevar a cabo el estudio fue cualitativa, basada en la comunidad y utilizando una combinación de técnicas cualitativas de trabajo de campo que es lo más indicado para esta clase de estudio. Específicamente, se utilizaron técnicas de observación directa, entrevista individual y discusiones de grupo focal. La aplicación de las mismas fue como sigue:

Proveedores de Salud

- * Observación directa en 2 servicios de salud del MSPAS
- * Entrevista al personal de salud del MSPAS (Jefe de Area de Salud y personal de 2 centros/puestos)
- * Entrevista a dueños y/o dependientes de farmacia
- * Entrevista o discusión de grupo con comadronas
- * Entrevistas y discusión de grupo con promotores de salud
- * Entrevistas con otros proveedores de salud del sistema tradicional o popular (curanderos, sobadoras, etc.)

Comunidad

- * Entrevista a la salida a usuarios de los servicios de salud
- * Entrevista con no-usuarios de los servicios de salud (MSPAS)
- * Entrevista a autoridades de la Municipalidad y a líderes comunales
- * Entrevista o discusión de grupo con miembros de Comités (de Salud, Agua, Cólera, Pro-mejoramiento, etc.) y otros grupos organizados
- * Entrevista a personal de otras instituciones del Estado (ej. DIGESA, CONALFA, IGSS)

Sector Privado

- * Entrevista a personal de organizaciones de asistencia y desarrollo social, organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- * Entrevista a finqueros

Se elaboraron guías de discusión y entrevista para orientar las mismas. Una lista de las guías y un ejemplar de cada una de ellas se encuentra en el ANEXO 1. El contenido de las entrevistas y discusiones fue grabado (grupos focales) y transcrito en procesador de palabras (Word Perfect 5.1).

El análisis de los datos se hizo utilizando varios métodos: lectura y estudio de las notas de campo, listas de temas sobresalientes (asignándoles código), frecuencia de menciones de los distintos temas, análisis elemental de contenidos utilizando el programa de búsqueda en textos Gofer (Microlytics Inc.). Se examinaron similitudes y diferencias entre los sitios y áreas estudiadas. Con base en los hallazgos se identificaron recomendaciones para la reforma del sector salud.

Limitaciones

Como en toda investigación cualitativa, los resultados no podrán ser generalizables con validez estadística a toda la población. Sin embargo, ésta es a la vez una ventaja de la investigación cualitativa ya que se gana en profundización y comprensión de los fenómenos estudiados.

Se hizo este estudio en el marco de, quizás, la peor crisis en el sector y una huelga del personal de salud en demanda de mejoras salariales. En algunos casos, esto limitó las oportunidades de observación del funcionamiento de los servicios de salud y las entrevistas a usuarios de los mismos. Por otra parte, circunstancias especiales como la campaña de vacunación en La Tinta, Panzós, Alta Verapaz y la feria municipal en Concepción Las Minas, Chiquimula dificultaron la recolección de alguna información.

Se había planificado, durante el transcurso del estudio, revisar experiencias de cambio en el modelo de atención en otros sectores (por ejemplo, en el de educación). Sin embargo, esto no fue posible debido al corto tiempo de investigación.

Personal

La Contratista (Elena Hurtado) contrató a las antropólogas Christa de Valverde y Eugenia Saenz de Tejada quienes, al igual que la Contratista, fueron las supervisoras del trabajo de campo en un Área de Salud cada una y, adicionalmente, recolectaron parte de la información. Se contrató un equipo de 18 trabajadoras de campo - 6 para cada Área de Salud - con alguna experiencia en recolección de datos cualitativos. Esto permitió realizar el trabajo de campo simultáneamente en las tres Áreas de Salud. Las trabajadoras de

campo fueron debidamente capacitadas y estandarizadas en la conducción de entrevistas y grupos focales y en el registro de los datos.

En cada Area, las seis trabajadoras de campo actuaron en parejas, concentrándose una pareja en la recolección de datos del sector salud (observación del servicio, entrevistas a usuarios a la salida, entrevistas al personal), otra pareja en otros proveedores de salud (farmacia, comadronas, promotores, curanderos) y la tercera pareja en las autoridades, líderes comunales, los comités y otros grupos organizados de la comunidad. Esto facilitó la capacitación y la recolección de la información. La Coordinadora y supervisoras sostuvieron reuniones con el MSPAS a nivel central, en las Jefaturas de Area y con algún personal de las ONGs y supervisaron el trabajo de campo y la transcripción de las notas garantizando la buena calidad de las mismas. La Coordinadora fue la principal responsable del análisis de los datos y de la elaboración del informe final, con la colaboración de las dos supervisoras de campo. En el ANEXO 2 se presenta una lista del equipo que participó en este estudio.

Duración del estudio

El estudio tuvo una duración total de 2 meses y medio, del 15 de enero al 30 de marzo de 1994. El trabajo de campo en sí duró dos semanas en cada Area de Salud. Un cronograma detallado de este estudio se encuentra en el ANEXO 3.

IV. DESCRIPCION DE LAS AREAS DE SALUD Y LAS COMUNIDADES DE ESTUDIO

A. ALTA VERAPAZ

Características generales

El departamento de Alta Verapaz está ubicado en la zona norte de la República de Guatemala, a una distancia de 212 Km. de la ciudad capital, por carretera pavimentada. Este departamento, con una extensión territorial de 8,686 km², se divide en 15 municipios y su cabecera es la ciudad de Cobán.

El departamento cuenta con una población de 630,108 habitantes aproximadamente, lo que constituye alrededor del 8% de la población total del país. Su población es en su mayoría indígena³ y el 85% de ésta se localiza en el área rural. Según el mapeo de pobreza efectuado en 1987 por SEGEPLAN, Alta Verapaz tiene el 87% de pobreza extrema, figurando entre los tres primeros departamentos a nivel nacional con este problema.

Problemas de salud

Según el Diagnóstico de Salud de Alta Verapaz de noviembre de 1993, entre las causas de mortalidad prevalecen las enfermedades respiratorias, la desnutrición, la deshidratación (a causa de diarrea), la amebiasis, el parasitismo intestinal y la tuberculosis pulmonar.

En Alta Verapaz, la mortalidad infantil es de 39 de cada 1000 niños nacidos vivos, aunque se indica que existe sub-registro substancial de casos. La primera causa de muerte en el grupo de edad de 0-1 años son las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 7.2 por 1,000 nacidos vivos; le siguen la diarrea, la amebiasis y la desnutrición.

La tasa media de mortalidad materna es de 23.60 por 10,000 nacidos vivos, muy por arriba del promedio nacional que es de 12.9 por 10,000 nacidos vivos, aunque aquí también se indica que existe algún sub-registro de casos. Según el mismo diagnóstico, la alta mortalidad materna e infantil reflejan, entre otros problemas, la baja cobertura institucional, especialmente en la atención prenatal y del parto, además de la falta de capacitación en enfoque de riesgo y seguimiento a las comadronas durante los últimos años.

³ En Guatemala, se conoce como "indígena", "natural" o Maya a la población descendiente de los mayas y que se considera a sí misma así.

Las principales causas de defunción en 1992, según el diagnóstico, fueron: enfermedades respiratorias (8.03 por 10,000 habitantes); deficiencias de la nutrición (3.99 por 10,000 habitantes); afecciones cardíacas (1.88 por 10,000 habitantes) y sepsis (0.99 por 10,000 habitantes).

La tasa de mortalidad por deshidratación es de 53.68 por 100,000, la más alta a nivel nacional. Según el diagnóstico, esto es el reflejo de falta de proyección comunitaria y baja cobertura de los servicios de salud.

La tasa de mortalidad por tuberculosis es de 13.77 por 100,000, la mas alta a nivel nacional. La tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales es de 114.34 por 100,000, siendo asimismo la más elevada a nivel nacional. Aquí también indica el Diagnóstico que existe sub-registro de casos.

La malaria ocupa uno de los primeros lugares a nivel nacional, especialmente en las zonas estudiadas (Franja Transversal y valle del Polochic). Los registros de los servicios de salud indican 1,181 casos para 1992, pero los de la sección de malaria cuadruplican dicho registro.

Servicios de salud

El sector de salud pública en Alta Verapaz cuenta con los servicios de un hospital regional, siete centros de salud tipo A, nueve centros tipo B y 36 puestos de salud, ubicados en comunidades de mayor importancia por el número de habitantes que cubren.

El Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), perteneciente al sector público, desarrolla actividades relacionadas con la malaria en este departamento. El IGSS brinda atención a trabajadores afiliados en caso de accidente en el trabajo. En Cobán hay una Escuela Nacional de Enfermería que capacita personal auxiliar y profesional en esta rama.

En el pasado fueron creadas 56 Unidades de Desarrollo Rural Integral (UDRI) para promover la salud, educación y el sector agropecuario en comunidades de menos de 2,000 habitantes. Sin embargo, debido a la falta de apoyo, actualmente quedan aproximadamente 10 en todo el departamento.

En Alta Verapaz también se cuenta con personal voluntario, tanto promotores rurales de salud, como comadronas. En los 16 distritos de salud del departamento se cuenta con aproximadamente 823 promotores rurales y 475 comadronas tradicionales adiestradas.

Organizaciones no-gubernamentales

En el departamento también realizan actividades en salud algunas organizaciones no gubernamentales, tales como: la Fundación Internacional del Ojo (IEF)-Cobán, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Pastoral Social, Iglesia Católica, AGROSALUD y la compañía petrolera Basic.

En este departamento se estudiaron dos lugares: el municipio de Chisec y la aldea La Tinta del municipio de Panzós.

Chisec

El municipio de Chisec está localizado en el departamento de Alta Verapaz, a 72 Km. de la cabecera departamental de Cobán, distancia que se recorre en cinco o siete horas debido a que el camino es de terracería en muy mal estado. Tiene una extensión aproximada de 1,486 km² y los caminos de acceso a la cabecera municipal y otras comunidades grandes, como Raxruhá y Rubelsanto, son de terracería, son transitables únicamente con vehículo de doble tracción. Chisec tiene una población de 4,409 habitantes aproximadamente, perteneciendo el 92% al grupo etnolingüístico q'eqchi'.

En la cabecera municipal existe un Centro de Salud Tipo B, que cubre 80 comunidades sólo en el municipio y actualmente no dispone de médico. Por lo tanto, los servicios son provistos por una enfermera profesional y tres auxiliares de enfermería. Además, el centro cuenta con un técnico en salud rural, quien también cumple con las funciones de saneamiento ambiental; un secretario y un conserje.

El SNEM tiene una oficina en la cabecera municipal y provee servicios de prevención, exámenes y tratamiento de malaria.

La cabecera municipal cuenta con varias farmacias bien surtidas, una de las cuales ofrece los servicios de un médico privado los días jueves (el mismo que es EPS en Raxruhá). Los Padres Salesianos tienen un dispensario, en donde se vende medicina a un precio más bajo que en el mercado.

El municipio cuenta con promotores de salud capacitados por los Padres de la Orden Salesiana y el Centro de Salud, en colaboración con organizaciones como ASECSA, APROSAB y ASEDE (Asociación para la Educación y el Desarrollo). También las Hermanas de la Orden de las Hijas del Divino Salvador, que trabajan en Raxruhá; y los Menonitas, que trabajan en Monte Cristo en Rubelsanto, capacitan a promotores de salud. Asimismo, el municipio cuenta con comadronas capacitadas por los Padres Salesianos y el Centro de Salud, en colaboración con UNICEF.

En el municipio trabajan varias personas que se dedican a curar con plantas medicinales y otras formas tradicionales. Algunas de las personas capacitadas como promotores de salud, han abandonado su profesión y actualmente se dedican a la venta de medicina.

Rubelsanto está localizado aproximadamente a 38 Km. de Chisec; sin embargo, toma dos horas para llegar debido a que el camino está en muy malas condiciones. Esta comunidad cuenta con una clínica privada de la compañía petrolera Basic, la cual presta servicio de consulta externa por la mañana a los habitantes del área. Esta clínica tiene un médico a tiempo completo, por turno de ocho días, y un auxiliar de enfermería. En las mismas instalaciones hay una farmacia, donde las personas pueden comprar la medicina que les recetan.

Los Menonitas también tienen una clínica en Monte Cristo, Rubelsanto, donde atienden tres días a la semana.

Raxruhá está localizada aproximadamente a 40 Km. de Chisec; sin embargo, para llegar ahí también toma dos horas, debido a las malas condiciones del camino. En esta comunidad hay una clínica médica privada, atendida por dos médicos, cada uno de los cuales permanece en la localidad cuatro semanas consecutivas. Ellos atienden casos en enfermedad común y emergencias. Existe también un Puesto de Salud, atendido por un EPS y un enfermero auxiliar.

Además, las Hermanas de la Orden de las Hijas del Divino Salvador tienen un Centro de Recuperación Nutricional, donde prestan el servicio de encamamiento a pacientes delicados que llegan por su propia cuenta o referidos por el EPS del Puesto de Salud o por los médicos de la clínica privada. En este centro también cuentan con un dispensario con medicinas básicas, que venden a un precio más bajo que el del mercado.

A pesar que el municipio de Chisec cuenta con los servicios antes mencionados, los pacientes más graves (fracturas, mordeduras de serpiente, partos difíciles, cirugía) son referidos a Playa Grande, Quiché; Fray Bartolomé de las Casas, Alta Verapaz; y, más comúnmente, a la cabecera departamental de Cobán. Debido a las deplorables vías de acceso en el área y al alto costo de los medios de transporte, la vida de los pacientes siempre está en peligro. En casos extremos y cuando cuentan con los medios económicos necesarios, las personas son trasladadas por vía aérea desde Chisec o Rubelsanto hacia Cobán.

La Tinta

La aldea de La Tinta es un parcelamiento, localizado en el municipio de Panzós, departamento de Alta Verapaz, a 91 Km. de la cabecera departamental de Cobán, distancia que se recorre en tres horas. Su extensión territorial es de 99 km² y el camino de acceso al área urbana es de terracería, transitable durante todo el año. Sin embargo, un 80% de sus comunidades sólo son accesibles por camino de herradura. La Tinta tiene una población de aproximadamente 29,600 habitantes, perteneciendo el 85% al grupo etnolingüístico q'eqchi'.

La aldea cuenta con un Centro de Salud Tipo A que cubre 39 comunidades y donde brinda atención un médico a tiempo completo (rota cada semana), un médico director en horario semanal, varias enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, un técnico en salud rural y muchas otras personas. El Centro tiene dos ambulancias y una farmacia estatal a disposición del público. La oficina del SNEM también está ubicada dentro de las mismas instalaciones, pero los servicios que presta son autónomos y enfocados a la prevención y tratamiento de la malaria.

En La Tinta hay un Puesto de Primeros Auxilios del IGSS, donde una auxiliar de enfermería atiende a los trabajadores del área, afiliados a esta institución, en caso de accidentes ocurridos en el trabajo. El Puesto no tiene la capacidad de prestar servicio a casos graves, los cuales son referidos al IGSS de Cobán.

En el área urbana hay varias farmacias bien surtidas y un dispensario parroquial, atendido por promotores de salud y una Hermana de la Orden de La Anunciata con sede en Telemán.

La aldea cuenta con promotores de salud y comadronas capacitados por el Centro de Salud. Además, hay un número de personas que se dedican a curar con plantas medicinales locales y otros medios tradicionales.

En los alrededores de este parcelamiento hay muchas fincas grandes, que territorialmente ya no pertenecen a éste, sino que a Telemán o Senahú, pero están dentro del área de influencia del Centro de Salud. Algunos de estos latifundios, como Cabañas, Moca, La Constancia y Miralvalle, cuentan con clínicas de Agrosalud dentro de la finca. En estas clínicas trabajan promotores de salud capacitados por esta organización y pagados por la propia finca. En ellas se atiende casos de enfermedad común de los trabajadores y sus familias y se prestan algunos servicios preventivos, como desparasitación, vacunación, saneamiento ambiental, orientación familiar (en colaboración con APROFAM), etc. Las clínicas tienen un surtido de medicinas básicas, las cuales se venden a los pacientes que las necesitan.

En la cabecera municipal de Panzós (aproximadamente a 35 km), Telemán (aproximadamente a 16 km) y Senahú (aproximadamente a 42 km), cuentan con Centros de Salud Tipo B, pero la población muchas veces utiliza más los servicios del Centro de La Tinta que los de su propia región. En Telemán, las Hermanas de La Anunciata tienen un dispensario y un programa de capacitación para promotores de salud. En la finca por cooperativa Aktelá en Senahú, a 13 Km. de La Tinta (una hora en carro), se empezó a construir un puesto de salud, pero aún no se ha terminado.

A pesar que se cuenta con los servicios mencionados y que las vías de acceso entre las comunidades más importantes son relativamente buenas, los pacientes más graves son referidos a Cobán.

B. CHIQUIMULA

Características generales

El departamento de Chiquimula está localizado en el oriente del país y su cabecera, del mismo nombre, está a 169 km de la ciudad de Guatemala. Este departamento de 2,376 km² de extensión, políticamente está dividido en 11 municipios. La población es de aproximadamente 262,799 habitantes, mayoritariamente ladina⁴, aunque existen grupos de población indígena chortí en los municipios de Olopa, Jocotán, Camotán, San Juan Ermita y Quezaltepeque. Son Jocotán y Quezaltepeque los más importantes centros de la vida indígena de Chiquimula. El porcentaje de analfabetismo es de 48%, pero en el área chortí asciende a 73%.

La economía de Chiquimula está basada principalmente en la agricultura de minifundio, el comercio, la ganadería y, en menor escala, la minería. La producción agrícola básica de Chiquimula es el maíz, frijol, café, maní y hortalizas.

Problemas de salud

Según el Diagnóstico de la Situación de Salud del Área de Salud de Chiquimula de diciembre de 1993, las tres primeras causas de morbilidad y las tres primeras causas de mortalidad de Chiquimula no difieren de las del nivel nacional, siendo éstas las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición proteínico-energética. Para el año de

⁴ En Guatemala, se conoce como "ladina" a la población que no es/ no se considera a sí misma indígena.

1992, la mortalidad infantil fue calculada con base en las defunciones registradas en el Registro Civil en 15.57 muertes por 1,000 nacidos vivos y la mortalidad materna en 0.37 expresada por 1,000 habitantes. Se cree que existe un considerable sub-registro.

Servicios de salud

En cuanto al sistema de salud del MSPAS, Chiquimula cuenta con un Hospital Departamental ubicado en la cabecera departamental, 2 Centros de Salud Tipo A en los municipios de Ipala y Esquipulas, 7 Centros de Salud Tipo B en los municipios de Quezaltepeque, Jocotán, Camotán, Olopa, Concepción Las Minas y San José la Arada y 18 Puestos de Salud, de los cuales sólo funcionan 4. Según datos del MSPAS, la cobertura real de los servicios está entre el 15-30% de la población.

En Chiquimula se ha capacitado personal de salud voluntario, estimándose en 1000 promotores rurales de salud y 400 comadronas adiestradas.

Organizaciones no-gubernamentales

Muy pocas ONGs llevan a cabo actividades de salud en Chiquimula, la mayoría de ellas localizadas en la cabecera municipal, Jocotán y Esquipulas. Sin embargo, para la región del Trifinio, localizada en la intersección de Guatemala, Honduras y El Salvador, se ha creado un plan que busca el desarrollo integral de estas áreas. Dentro de este contexto se firmó un convenio entre UNICEF y PARLACEN, el que, entre otros objetivos persigue la cobertura total en el sector de agua y saneamiento. Los problemas de agua y saneamiento del medio son prioritarios para Chiquimula. La más baja cobertura de agua potable se da en el Municipio de Jocotán (53% de las viviendas cuentan con agua).

En este departamento se estudiaron dos municipios: Olopa y Concepción Las Minas. Además, se visitaron los servicios de salud de Quezaltepeque, Esquipulas y Padre Miguel.

Olopa

Olopa se encuentra a 42 km de la cabecera departamental de Chiquimula. Se llega por camino de terracería en regular estado en época seca (a una hora y media de Chiquimula) y en peor estado en la época lluviosa. El municipio está localizado en un lugar quebradizo, rodeado de montañas, a 5,000 pies de altura. Su clima es templado.

Olopa tiene un casco urbano con alrededor de 11,000 habitantes y 22 aldeas rurales y 15 caseríos, que hacen un total de población de 20,000 habitantes (los datos varían, ya que según el MSPAS la población total es de 11,000, mientras el Alcalde la estima en 20,000). En el casco urbano el 10% de la población es indígena y el 90% ladino. En las aldeas, sin embargo, el 90% es indígena y el 10% ladino. Sin embargo, pocos indígenas usan el traje tradicional y hablan la lengua chortí. Se visitaron las dos aldeas cercanas a Olopa descritas como indígenas, Tituque y Tuticopote, pero aunque la población se considera así misma natural o indígena no se encontraron "lenguajeros", es decir, personas de habla chortí. Los pobladores recuerdan a sus padres o abuelos hablando chortí, pero ellos dicen ya no haberlo aprendido.

La población se dedica a la agricultura, principalmente la siembra de granos básicos como maíz y frijol y el cultivo del café.

En cuanto a recursos de salud, existe un Centro de Salud Tipo E que cubre las 22 aldeas y los caseríos. En el mismo laboran un médico, una enfermera profesional, dos auxiliares de enfermería, un secretario, dos técnicos en salud rural, un inspector de saneamiento ambiental y un conserje.

No hay en Olopa alguna ONG que preste servicios de salud. Hay dos farmacias y una venta de medicinas parroquial a donde son referidos los usuarios del Centro de Salud. También hay una Casa del Enfermo que pertenece a la Iglesia Católica en la que se atienden los enfermos graves (los últimos atendidos fueron casos de cólera el año pasado) que a veces también se refieren a Chiquimula.

En el casco urbano de Olopa hay solamente cinco PRS, tres comadronas capacitadas, dos comadronas ya jubiladas y una comadrona empírica. En Olopa y sus aldeas hay 62 promotores de salud y 74 comadronas adiestradas. En el casco urbano hay una promotora de APROFAM.

En el sector tradicional/ popular de atención de salud hay dos curanderos.

Concepción La Minas

Este Municipio se encuentra a 48 km de la cabecera departamental de Chiquimula. Se llega por camino asfaltado, exceptuando 2 km antes de llegar al pueblo que son de tierra (a media hora de Chiquimula). Está localizado en un lugar plano y su clima es templado/cálido. Debe su nombre a unas minas que se encuentran cerca del poblado.

En el casco urbano de Concepción las Minas hay 1,254 habitantes. En el casco urbano y el área rural hay 13,587 habitantes según el dato oficial y 10,635 según datos de los servicios de salud. El área rural de Concepción lo forman 12 aldeas y 64 caseríos. Toda la población es ladina, incluyendo la de las aldeas. Se visitaron dos aldeas, El Jícaro y Apantes.

La población se caracteriza porque un gran porcentaje emigra hacia los Estados Unidos a trabajar. La mayoría de los migrantes son hombres, pero también hay mujeres y familias completas. Los migrantes periódicamente envían dinero a sus familias, por lo que el nivel de vida en Concepción es alto. La construcción de viviendas se ha incrementado, así como la calidad de las mismas y éstas cuentan con gran variedad de aparatos eléctricos.

En cuanto a recursos de salud del MSPAS, existe un Centro de Salud Tipo A con médico, una enfermera profesional, dos técnicos en salud rural, un inspector de saneamiento ambiental y un conserje.

En Concepción Las Minas no hay alguna ONG que preste servicios de salud. Hay dos farmacias y dos médicos privados. Hay aproximadamente 50 promotores activos y solamente 6 comadronas capacitadas activas. Hay dos promotoras de APROFAM.

En cuanto al sector popular de atención de salud hay curanderos en las aldeas.

3. ESCUINTLA

Características generales

El departamento de Escuintla está localizado en el sur del país y su cabecera, del mismo nombre, está a 57 kms² de la ciudad capital. Tiene una superficie territorial de 4,384 kms². Políticamente está dividido en 13 municipios y una cabecera departamental. La población total es de 575,362 habitantes, de los cuales un 9% es indígena en los municipios de Palín, Santa Lucía Cotzumalguapa y La Democracia. Durante las épocas de cosecha tiene una población flotante de migrantes considerable provenientes de todas las áreas del país, especialmente el altiplano. El porcentaje de analfabetismo es de 62%, 52% urbano y 48% rural.

La economía de Escuintla está basada principalmente en la agricultura, agroindustria (el ingenio más grande de Centro América se encuentra allí), ganadería, refinería de petróleo, industrias y uno de los puertos de mayor movimiento del país.

Problemas de salud

De acuerdo al Diagnóstico de Salud de esta área, las principales causas de morbilidad en la población infantil son la infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y las enfermedades nutricionales. Asimismo, la mortalidad infantil está relacionada a las mismas causas. Se calcula la mortalidad infantil en 52.5 por 1,000 nacidos vivos. La mortalidad materna se calcula en 1.29 por 1,000 nacidos vivos.

Sector salud

El sector salud está integrado por 4 subsectores:

- 1) MSPAS dividido en 10 distritos de salud. Cuenta con los servicios de 2 Hospitales, 1 Centro de Salud Tipo A, 9 Centros de Salud Tipo B y 36 Puestos de Salud; 394 promotores activos y 573 comadronas adiestradas, de las cuales 84 son empíricas.
- 2) El IGSS que tiene 4 hospitales, 9 CdeS y 13 Equipos Comunitarios.
- 3) El sector privado con alrededor de 115 clínicas privadas, 16 hospitales, sector azucarero que presta servicios de prevención y asistencia médica asistencial.
- 4) Las ONGs que prestan servicios de salud son FUNDAZUCAR, APROFAM, ASOCIACION FAMILIAR DE LAS AMERICAS PARA GUATEMALA, VISION MUNDIAL, PLAN FOSTER, CLUB ROTARIO.

En este departamento se estudiaron dos municipios: La Gomera y Santa Lucía Cotzumalguapa.

La Gomera

El Municipio de La Gomera se encuentra localizado en el suroeste del país a 114 kms. de la capital y 58 kms. de la cabecera departamental. Tiene una extensión de 660 kms² y se localiza a una altura de 43 m sobre el nivel del mar. Se caracteriza por su clima cálido, húmedo, seco y su temperatura varía de 22 a 35°C. Ocupa relieves casi planos en el litoral del Pacífico a elevaciones menores de 12 m sobre el nivel del mar. Su superficie es fresca y arcillosa. Hay dos estaciones: una extremadamente seco y otra muy lluviosa.

La jurisdicción municipal está compuesta por la cabecera municipal, 7 aldeas, 6 caseríos, 7 parcelamientos y 150 fincas agrícolas. La cabecera municipal está formada por una zona central y 7 colonias. Operan varias empresas de autobuses (40 buses) que prestan servicio de la capital a la cabecera municipal y viceversa;

así como hacia otros departamentos tales como Suchítepequez, Retalhuleu y Quetzaltenango. Existe un servicio local con autobuses extraurbanos pickup privados.

La Gomera tiene 48,300 habitantes, 3% indígena que hablan además del español kaqchikel o k'iche'. En tiempos de cosecha tiene una población flotante de 150,000 migrantes que proceden del altiplano.

Entre las actividades económicas, las fincas cultivan caña, algodón, malanga, ajonjolí y maíz. En pequeña escala al cultivo de soya, melón, piña y sorgo. Los parcelarios se dedican al cultivo del limón, frijol, plátano y jocote marañón.

Existen también fincas ganaderas con ganado bovino de exportación, caballar y porcino. La población que vive cercana al mar se dedica a la pesca, pero solo para cubrir las necesidades del municipio. Cuentan aproximadamente con 50 salinas.

Cuenta con un Centro de Salud tipo "B" situado en la cabecera municipal y 6 Puestos de Salud. La población cubierta por el CdeS es de 39,205 personas que representan entre 20-30% de la población. El grupo de edad de mayor afluencia es el de 5-14 años, seguido por el grupo de mujeres en edad reproductiva (15-44 años).

En el CdeS laboran 1 Médico, 1 Enfermera Graduada, 2 Auxiliares de Enfermería, 1 Laboratorista, 1 Técnico en Salud Rural, 1 Inspector en Saneamiento Ambiental, 1 Secretaria, 1 Conserje, y 1 Guardián. Los PdeS cuentan con un Auxiliar de Enfermería, a excepción de Sipacate que tiene solo 2 EPS. El horario de trabajo es de 7:00 a.m. a 15:30 p.m. pero varía según el servicio. Cuentan con 2 motos para su movilización dentro del casco urbano.

En la cabecera municipal funciona el SNEM, que realiza acciones preventivas en relación a hábitos de higiene, paludismo y dengue.

Existen recursos populares y tradicionales, tales como curanderos, sobadores y hueseros, quienes no cobran por su trabajo sino reciben lo que las personas puedan pagarles.

Cuentan con promotores voluntarios y comadronas, pero que en su mayoría trabajan para el IGSS.

Existen 10 farmacias bien surtidas, en donde dan consulta, compran los medicamentos y ponen inyecciones. El horario regular de atención varía de 7-8:00 a.m. hasta las 19-22:00 horas.

Funciona el IGSS en la cabecera municipal, al cual deben estar afiliados lo trabajadore. Este atiende tres niveles: Area Comunitaria con promotores trabajando en acciones preventivas; Consulta Externa que atiende enfermedad común accidentes que no requieren hospitalización, consulta pre y post natal, odontología, pediatría e IVS (Invalidez, Vejez y Sobrevivencia); y un Hospital con 13 camas y farmacia.

En el IGSS trabajan un total de 78 empleados, entre los cuales están 11 médicos, 1 odontólogo, 1 Trabajador Social, 1 técnico en rayos X; el resto es personal paramédico y administrativo. Cuentan con 2 ambulancias para atender emergencias. Allí esta la Unidad de Tratamiento del Cólera (UTC) del MSPAS.

Cuentan con 4 clínicas particulares (atendidas por médicos que trabajan en el CS o IGSS). En los ingenios grandes funcionan centros de salud privados, algunos con clínicas odontológicas.

En La Gomera trabaja solo una ONG, CARE que distribuye alimentos en tres de los siete CdeS.

Santa Lucía Cotzumalguapa

El Municipio de Santa Lucía Cotzumalguapa se encuentra ubicado al noroeste del departamento de Escuintla y al sur de la República de Guatemala. El territorio del Municipio es plano en un 80%. Santa Lucía Cotzumalguapa, cabecera municipal está localizada en un área suavemente ondulada dentro del perímetro urbano. Su clima es cálido y su temperatura varía de 21 a 33oC. Hay dos estaciones: una, bastante seca y la otra lluviosa.

La jurisdicción municipal está compuesta por la cabecera municipal, 5 aldeas, 13 caseríos y 3 haciendas. La cabecera municipal está formada por una zona central y 15 colonias aledañas. Cuenta con 81 buses extraurbanos que prestan servicio diariamente de la capital a la cabecera municipal y viceversa; así como a otros departamentos tales como Quiché, Quetzaltenango, Sololá y Suchitepéquez. Existe un servicio local de autobuses extraurbanos hacia algunas aldeas, caseríos y parcelamientos, así como de pickup privados. Cuenta también con transporte ferroviario de FEGUA y en esta jurisdicción tiene 8 estaciones.

Santa Lucia Cotzumalguapa cuenta con una población de 77,508 habitantes, 5% indígena que además de español hablan k'eqchikel o k'ekchi', dependiendo de su lugar de origen. Durante la zafra hay una población flotante de 2,400 migrantes procedentes del altiplano, que en su mayoría vienen contratados sin sus familias.

Las fincas se dedican predominantemente al cultivo de la caña de azúcar, café, maíz, plátano, banano, piña, melón, jocote marañón, chico, sandía y forrajes. Existen también fincas ganaderas con ganado bovino de exportación y caballar. En los parcelamientos y microparcelamientos cultivan yuca, tomate, chile, frijol, piña, caña, maíz y banano.

Santa Lucía Cotzumalguapa cuenta con los servicios gubernamentales de un Centro de Salud tipo "B" (sin emcamamiento) y 2 Puestos de Salud en Siquinalá y El Cajón.

El CdeS cuenta con el siguiente personal: 1 Médico, 1 Médico 6 horas, 1 Enfermera Graduada, 4 Auxiliares de Enfermería, 2 Técnicos en Salud Rural, 1 Inspector en Saneamiento Ambiental, 1 Secretaria, 1 Auxiliar de Secretaría, 1 Conserje, 1 Guardián, y 1 Piloto. Los PdeS cuentan con un Auxiliar de Enfermería, a excepción de Siquinalá que, además del Auxiliar de Enfermería, tiene un E.P.S. El horario de trabajo es de 7:00 a.m. a 15:30 p.m. Cuentan con 2 motos y un vehículo. Cubre 74% de la población, siendo el grupo de mayor afluencia el comprendido entre 5-14 años, seguido por el grupo de mujeres en edad reproductiva (15-44 años). También cuentan con promotores voluntarios y alrededor de 100 comadronas.

En Santa Lucía existen entre 30-40 recursos populares y tradicionales, tales como curanderos que curan el "cuajo", "mal de ojo", "empacho"; sobadores y hueseros. Las personas se refieren a ellos como "centros" pues además de las enfermerades tradicionales también atienden consultas por problemas familiares para averiguar quién les está haciendo algún daño y adivinar el futuro. Para éstos trabajos algunos centros utilizan naipes, candelas, incienso, las cuales van acompañadas de oraciones, la tarifa varía de Q2.00 a Q10.00 dependiendo el problema, la enfermedad y la medicina que se les dé, que pueden ser fármacos o hierbas.

Cuenta con 20 farmacias que mantienen un buen surtido de medicamentos, dan consulta, venden las medicinas y ponen inyecciones. El horario regular de atención varía de 7-8:00 a.m. hasta las 19-22:00. Tienen turnos nocturnos una semana cada farmacia, según el orden asignado por Sanidad.

Entre los recursos privados con que cuenta la cabecera municipal está el IGSS, al cual atiende a sus afiliados y accidentes. Trabaja en el Área Comunitaria con promotores en acciones preventivas; Consulta Externa que atiende enfermedad común, odontología, accidentes que no requieren hospitalización, consulta pre y post natal, pediatría, IVS; Consulta Externa de Traumatología y Ortopedia y un hospital que atiende emergencias 24 horas y que cuenta con 40 camas y 3 ambulancias.

En el IGSS de SLC trabajan 132 empleados, de los cuales 20 son médicos, 4 odontólogos y el resto es personal paramédico, administrativo y de servicios.

Entre los recursos privados, en la cabecera municipal cuentan con clínicas de medicina general, especializadas, odontológicas, psicológicas, rayos X, deportivas, quiroprácticas y centros naturistas. Hay un Sanatorio Privado que atiende partos y practican operaciones quirúrgicas. Cuenta con laboratorios donde efectúan exámenes de sangre, heces, orina, etc., con laboratorios y técnicos dentales.

Además, los ingenios más grandes cuentan con centros de salud donde realizan acciones curativas y preventivas, algunos con clínicas odontológicas.

En Santa Lucía prestan servicios algunas ONGs como FUNDAZUCAR, que tiene una escuela de enfermería y está construyendo, en colaboración con el Ingenio Pantaleón, un Centro de Recuperación Nutricional; APROFAM, CARE y AGROSALUD.

En el ANEXO 4 se encuentra una descripción más extensa de las áreas de salud y las comunidades estudiadas, así como un mapa del país donde las mismas están localizadas.

V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

A. LOS PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se presentan en esta sección los principales problemas que se identificaron al preguntar sobre el funcionamiento de los servicios de salud del MSPAS. Muchos de ellos tienen que ver con la calidad de los servicios que se ofrecen que, a su vez y de acuerdo a lo manifestado, afectan la utilización de los mismos.

Los problemas se presentan desde los diferentes puntos de vista estudiados: del personal de salud mismo, del personal de salud voluntario, del de la población en el área de cobertura que hace y que no hace uso de los servicios, desde la perspectiva de otras instituciones del sector público, ONGs y el sector privado y, finalmente, problemas adicionales que se hicieron aparentes a las investigadoras en el curso de la investigación y al analizar la información recolectada⁵. Por tratarse de una investigación cualitativa, que busca entender la perspectiva de los participantes en la investigación, se han ilustrado algunos puntos con citas textuales representativas de las opiniones de los informantes⁶.

1. Perspectiva del Personal de Salud

En la mayoría de los servicios de salud estudiados, el personal reconoce que tanto la cobertura de los servicios como su utilización son bajas. Esta apreciación la basan en la determinación que cada servicio ha hecho del número de usuarios que debe haber por día, el cual no es alcanzado (CHI, TNT, CLM, ESQ, OLP, SLC). El personal atribuyó el bajo rendimiento de los servicios, incluyendo su baja utilización, a los problemas que se discuten a continuación.

⁵ En la descripción de los resultados, se utilizan las siguientes abreviaturas: CHI=Chisec, PAN=Panzós, RAX=Raxruhá, TNT=La Tinta, Panzós en Alta Verapaz; CLM=Concepción Las Minas, ESQ=Esquipulas, OLP=Olopa, QZT=Quezaltepeque, en Chiquimula; GOM=La Gomera y SLC=Santa Lucía Cotzumalguapa, en Escuintla. Estas indican los lugares donde se mencionó lo afirmado.

⁶ Para proteger la anonimidad y confidencialidad de las entrevistas, no se pone el nombre del informante sino sólo se le identifica por ocupación y/o por el lugar geográfico que representa.

Presupuesto

El presupuesto que tiene el sector salud es insuficiente, de acuerdo a la opinión del personal de salud entrevistado en las tres Areas de Salud estudiadas. Según algunos entrevistados, éste es el principal problema del sector salud pública, pues del mismo se originan todos los demás, como bajos salarios, falta de insumos, falta de transporte, falta de pago de deudas, etc.

"El presupuesto anual que tenemos, con todo y sueldos, es como de Q110,000. De medicina tenemos Q26,000, que el año pasado logramos completo. Del renglón uno, a lo más que llegamos es a Q6,000 al año, que no es nada. Esto incluye mantenimiento del edificio, gastos administrativos. No se puede trabajar con tan poco. Yo estoy de acuerdo que tuviéramos poco, pero que fuera efectivo. Supóngase que cada tres meses nosotros tuviéramos la seguridad que en quince días nos van a pagar. Entonces podríamos irle dando vueltas, caminando poco a poco; aunque sea poco, pero seguro. Pero no lo pagan. Uno de los problemas básicos es el financiamiento." (Médico, Cobán)

Además, como se menciona, no sólo el presupuesto es bajo, sino que no se entrega a tiempo ni hay seguridad del momento en que se pueden comenzar a usar los fondos. Siempre hay demora en la entrega del "vale inicial" que se supone deberían dar en enero, pero el año pasado lo entregaron hasta en agosto. El personal de salud culpa al Ministerio de Finanzas. Debido a la falta de fondos, el personal de salud dice que tiene que "mendigar" a otras instituciones "hasta una hoja de papel bond".

"Si se nos entregara el vale inicial a tiempo, no en junio o en octubre, sino que se nos entregara; si se pudiera obviar tanto trámite burocrático para una orden de compra y pago, de alimentos, por ejemplo, se podría mejorar." (Médico, TNT)

Por otro lado, la mayor parte del presupuesto se dedica a salarios y al hospital departamental, quedando menos para los centros y mucho menos para los puestos de salud. En Chiquimula, por ejemplo, el 68% del presupuesto se dedica al hospital de la cabecera departamental.

El personal de salud no cree que el gobierno central no tenga dinero pues "oyen que se están creando fondos como el FIS y FONAPAZ". Un funcionario explicó que la creación de estos fondos es "como si usted tuviera dinero en un bolsillo del pantalón y de ese bolsillo se lo pasa al otro; el dinero es el mismo, sólo se cambia de lugar".

Medicamentos y equipo

Uno de los principales problemas mencionado en las entrevistas al personal de casi todos los servicios (CHI, PAN, RAX, OLP, GOM, SLC) es la falta de medicamentos. Algunos servicios se encuentra casi sin medicamentos ni equipo, según información del personal corroborada mediante observación.

"Ese es el problema, aquí no tenemos medicina, las órdenes de compra y pago no se agilizan... en la Jefatura [de Area], sino en Finanzas... De insumos tenemos un presupuesto de Q14,000. No hemos visto ni una sola gaza de eso, porque el gobierno no paga." (Médico CHI)

Además, se hacen acusaciones de corrupción, como que en la Jefatura de Area de Chiquimula se robaron los alimentos donados por CARE y, por lo tanto, la institución ya no distribuye alimentos en esa Area de Salud. También, en Panzós se menciona el faltante de dinero en las farmacia estatal.

"Aquí tenemos muchos problemas, uno de ellos es la falta de medicamentos. Además, la farmacia estatal ya no funciona pues está intervenida por las autoridades por un faltante. No se puede abrir hasta que no se recobre el dinero." (AdeE, PAN)

El presupuesto dedicado a medicinas comienza a ejecutarse tarde en el año. Por el problema de falta de pago de las medicinas, los proveedores ya no les quieren dejar medicina a crédito o se las dejan con condiciones. Además, aunque haya alguna medicina, el personal prefiere no usarla hasta que la misma esté pagada, porque de lo contrario estarían en problemas si el proveedor quisiera, por falta de pago, recogerla más adelante.

"Pedido de medicina que se hace trimestralmente, pero al venir la medicina hay que esperar que Finanzas autorice usarla. Mientras, no se puede usar, porque ya sucedió una vez que la droguería que cubrió el pedido vino a recogerla porque Finanzas no había cancelado el pedido. Otra cosa, la poca medicina que se pide debe tardar por lo menos un año." (Enfermera, CLM)

"De medicina, ya vimos algo pues el proveedor nos la dió sin haber cobrado el cheque, con la condición de que, si los precios suben, él nos recorta otro poco. O sea, él nos da la mitad, pero si el gobierno no le paga, no da más. Como no le pagan, no nos pueden dar crédito. El medicamento del año pasado no lo han pagado... Este poquito que se está manejando es poco lo que nos sirve, pero no importa, está pagado. Ya no nos van a dar más" (Médico, Cobán).

Además de la falta de medicinas, el personal de la mayoría de servicios reporta que faltan materiales y equipo para trabajar.

"Han tenido emergencias pero no tienen hilo, entonces hacen una nota y el IGSS los atiende, no cuentan con un otorrinolaringoscopio. No tienen pinza para cuerpo extraño por falta de recursos." (Médico, GOM)

En otros servicios señalaron, adicionalmente, el problema de que la poca medicina disponible está vencida (OLP, GOM).

El problema de falta de medicinas afecta la utilización de los servicios. Algunos establecimientos de salud han cerrado precisamente por la falta de medicinas. En otros casos, el hecho de que no esté funcionando un servicio le permite a otro tener un poco de medicinas. En la mayoría, a los usuarios se les dan recetas para comprar la medicinas prescritas lo que causa molestias, ya que muchos no la pueden comprar.

"El UDRI funcionó en Santa María Samilhá durante muchos años, tal vez cuatro o cinco, pero actualmente está inactiva. Dejó de venir medicamento para abastecerla y como aquí es escaso, no se podía dar del de aquí del Centro." (TSR, TNT)

"El problema es que nunca se sabe si van a pagar los medicamentos o no. Nosotros por eso preferimos que nos los manden hasta que estén pagados. Como el PdeS de Timushán no funciona se ha usado la medicina para [el CdeS de] Esquipulas y por eso hemos tenido algo." (Enfermera, ESQ).

También se mencionó el problema de la falta de medicamentos y materiales específicos para los problemas de salud del área. Tal es el caso, de la falta de anestésicos y materiales de sutura en lugares donde la mayoría de las emergencias son de personas macheteadas (OLP) o la falta de sueros antiofídicos lugares donde las picaduras de culebra son un problema importante (CHI, PAN) o de tratamiento para el cólera (GOM).

"El mayor problema es que tiene déficit de materiales para cólera, en el aspecto curativo, suero intravenoso. Sólo tienen unos cuantos, no ascienden a 7 de 300, ni hay tetraciclina, ni sulfametazol. Esto lo tiene que dar el CdeS de La Gomera, pero no hay medicamentos y luego Escuintla la misma cosa, los puestos deben de ser surtidos por el Área de Salud." (Enfermera, GOM)

"Deberían darle prioridad a mordeduras de culebra, pues no hay sueros antiofídicos para tratarlas. Se tienen que ir a Cobán y en el camino de allá se mueren" (Enfermera, PAN).

El personal entrevistado también señaló la falta de equipo para trabajar (CHI, PAN, RAX, CLM, ESQ, OLP, SLC). Por ejemplo, falta equipo de laboratorio, equipo para esterilizar, materiales para atención de partos, instrumentos (otorrino, esfigmomanómetro), camas, colchones y otro mobiliario, estufa y refrigeradora. A veces, teniendo personal especializado no existe el equipo con que este personal pueda trabajar. Se suma a este problema el que muchas veces, el equipo existente se encuentra en mal estado (CHI, RAX, GOM, SLC) y, por ende, no puede ser utilizado.

El personal de salud también identificó el problema de la falta de alimentos para pacientes en aquellos servicios en los que hay encamamiento (TNT).

Recursos humanos

Otro problema mencionado por el personal de salud es la falta de más personal o profesionales específicos. En algunos lugares se necesitan otro médico (CHI, TNT, ESQ, GOM) y/o más personal paramédico (CHI, RAX, TNT, OLP, GOM). Según el personal, la falta de personal afecta negativamente la prestación de servicios, la calidad de la atención que se puede dar y el número de personas que se puede atender. En algunos casos, cuando hay vacunación, por ejemplo, como el personal es insuficiente tardan mucho tiempo en vacunar y el servicio permanece cerrado durante todo ese tiempo.

Aunque en el rubro anterior se mencionó la falta de equipo, también falta personal para hacer uso del equipo existente. Por ejemplo, en algunos casos hay laboratorio, pero no hay laboratorista (TNT, OLP, SLC); hay equipo de rayos X, pero no hay técnico (TNT); hay equipo de odontología, pero no hay odontólogo (ESQ, CHI); hay ambulancia, pero no hay piloto (PAN). Por esta razón, el equipo o las instalaciones terminan siendo utilizadas para otro propósito.

"Esta es una sala de odontología, pero no hay quien cubra la plaza. No se utiliza y se ocupa para bodega." (CHI)

Un problema común y serio es cuando supuestamente existe personal nombrado para el servicio, pero se encuentra "comisionado" en otro servicio (CHI, PAN, TNT, ESQ), generalmente en la cabecera departamental o en algún lugar cercano a la ciudad capital. En estos casos, cómo se supone hay personal nombrado y ocupando la plaza, no se puede contratar a alguien más.

"Hay otro médico, pero está prestado a Alotenango [en Sacatepéquez]. Hemos hecho bastante para que nos manden otro, pero no se ha logrado. El médico que está en Alotenango está suspendido por el IGSS y no sabemos si va a regresar o no.

Sería bueno que se tomara una decisión al respecto. También una enfermera profesional fue trasladada a Quezaltepeque." (CdeS, ESQ)

Asímismo, hay plazas, que una vez el personal renuncia o se jubila, son clausuradas. Tal es el caso de la plaza de odontólogo en el CdeS de Esquipulas, o la de trabajo social en La Tinta. Finalmente, hay plazas que nadie las quiere ocupar por estar en lugares muy inaccesibles y con pocos recursos (por ejemplo, en Chisec, Alta Verapaz o la de Timushán en Esquipulas).

Infraestructura física

Posiblemente el problema más importante bajo este rubro, es el de la sub-utilización de las instalaciones físicas existentes. El caso más notorio, es el de La Tinta que cuenta con un moderno CdeS bien equipado, del cual se utiliza la cuarta parte. Algunas instalaciones se utilizan para un propósito distinto al que fueron diseñadas y el equipo existente está abandonado.

"Habría que echar a andar las unidades, que como ustedes ven, están paradas. Esta no es la emergencia del Centro de Salud, ésta es la consulta externa. La emergencia es allá en la entrada... Ustedes ven que hay instalaciones y hay equipo allí, que todo es caro y todo eso se está arruinando. Se necesita echar a andar esto" (Médico, TNT).

Pero también existen instalaciones menores, como la Unidad Mínima de Salud (UdeS) de Tituque, Olopa, que permanece cerrada desde agosto del año pasado. Esta se construyó con materiales donados y el trabajo de la comunidad y consiste en dos cuartos separados por un corredor amplio. La UdeS fue utilizada para la emergencia del cólera el año pasado, pero desde entonces no había sido abierta. En las aldeas de Olopa, miembros de comités y otras personas manifestaron que quieren tener "salones comunales"; sin embargo, instalaciones como las de la UdeS podrían servir también para este propósito.

El personal, en algunos casos, se refirió a las malas condiciones de las instalaciones, a la falta de mantenimiento de las mismas (RAX, CLM, GOM) o a la falta de instalaciones específicas para algunos servicios, por ejemplo, de laboratorio, rayos X o bodega o a construcciones inconclusas (PAN).

"El área física es pésima, no hay agua potable, se atienden pacientes de cólera, pero la bomba no funciona. (EPS, Sipacate, Escuintla)

Transporte y gasolina

El problema de falta de vehículos fue mencionado por el personal de varios lugares (CHI, PAN, RAX, CLM, ESQ, OLP, GOM). Esta falta de transporte aumenta los problemas de supervisión, del trabajo comunitario y preventivo e impide el traslado de emergencias. De hecho, aunque en la Tinta y Santa Lucía Cotzumalguapa hay vehículo, el personal indicó la necesidad de contar con una ambulancia para el transporte de emergencias.

"Este Centro cubre a 28 aldeas y 116 caseríos; hay dos puestos de salud uno en Chanmagua y otro en Timushán. No supervisamos porque no tenemos vehículos. Antes tuvimos una moto, pero ya no funciona. Cuando logramos coordinar con otra institución que tenga vehículos se hace supervisión, de lo contrario no. Hacemos mini-concentraciones con los promotores en una aldea 1 ó 2 veces al año. A esa aldea llegan los promotores de otras aldeas más. Todo depende del recurso con que se cuente. Por ejemplo, ahora tenemos el problema que hay que hacer vacunación y no tenemos un sólo vehículo." (Enfermera, ESQ)

En otros lugares, el transporte que existe está en mal estado (CHI). No hay fondos para repuestos. Tampoco hay gasolina para que los pocos vehículos existentes funcionen (CHI, PAN, TNT, GOM, SLC). El renglón del presupuesto para gastos de gasolina es muy bajo. En La Tinta, hay diesel pero los vehículos existentes (dos ambulancias) no utilizan ese combustible. A veces, el transporte existente es inapropiado para el área.

"El transporte que allí se debería de tener es una lanchita ya que a todas las comunidades se va por agua, el Dr... del Ministerio de Salud Pública nos ofreció una, pero todavía la estamos esperando. Que priorizaran problemas." (Enfermera, El Paredón, Escuintla)

Salarios y viáticos

Tal como se mencionó anteriormente, actualmente el personal de salud está llevando a cabo una huelga nacional en demanda de mejores salarios y en contra de la "privatización" del sector salud. El personal de salud se considera mal remunerado. El salario de un médico puede estar entre Q2,925. y Q3,275, dependiendo del cargo y el tiempo de servicio; el de un TSR es de aproximadamente Q1,178.; el de una enfermera graduada de alrededor de Q1,067.; el de una auxiliar de enfermería de aproximadamente Q875; y el de un oficinista de Q767.⁷ Un médico indicó que

⁷ Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Personal Institucional Laborante. Salarios vigentes hasta Enero de 1994.

debería él ganar alrededor de Q6,000. para poder dejar su clínica particular que atiende en horas dentro y fuera del horario de atención del CdeS. En general, el personal considera bajos sus salarios⁸.

Además, otro problema mencionado es el de la falta de viáticos cuando el personal debe salir de su puesto de trabajo a prestar servicios en otros lugares (CHI, PAN, RAX, TNT, CLM, ESQ, OLP, GOM, SLC). Aún cuando envían papelería de reclamo de viáticos, éstos nunca les son reintegrados. Según el personal de salud, esto los hace dudar antes de salir a las comunidades a supervisar, capacitar, realizar actividades preventivas o atender emergencias.

"Deberían aumentar el sueldo, pues con éste tenemos que pagar viáticos de comisiones, vacunación, etc. Nadie se da cuenta cómo se costea el trabajador de campo, sus gastos de transporte, comida, hospedaje." (Enfermera, PAN)

"Sería excelente si se atendiera los fines de semana, pero nosotros ganamos muy poco y en mi caso que soy el único técnico que está en este lugar. Me cansaría demasiado trabajar sábados y domingos, tendría que ser otro técnico. Si nos aumentan de sueldo con mucho gusto." (GOM)

Este problema de la falta de viáticos también fue señalado en relación con los promotores y las comadronas (CHI, PAN, RAX, TNT, CLM, ESQ, OLP, GOM, SLC).

"El pasaje para que los promotores vengan es de Q20. A veces no les dan viáticos y a veces sólo les dan Q5 de viáticos. Pero ellos tienen que venir la noche antes de cualquier reunión, buscar donde hospedarse, pagar su comida. Cómo les va a alcanzar un viático de Q5?" (ESQ)

"Yo no sé, pero a veces a mí me da la impresión que nosotros seguimos siendo españoles, que atraemos a la gente con espejitos, con baratijas. Porque ellos vienen y se van tan contentos porque usted les ha dado 10 jeringas, para que ellos las utilicen allá en sus consultas, se van felices. Pero cada vez la conciencia de ellos también va despertando, entonces le exigen a uno viáticos. Ellos oyen hablar aquí al personal de viáticos, entonces ellos también quieren que se les pague su

⁸ Q5.70 = US\$1.00 Con base en un estudio reciente, un nutricionista calculó que el costo de la canasta básica vital (que proporciona la satisfacción de necesidades básicas: alimentación, vestuario, vivienda, educación y locomoción) en Guatemala para una familia de entre 5-6 miembros es de Q1,555.80 mensual (Joseph Laure, ORSTOM-INCAP, comunicación personal, mayo 1994).

día. Y yo pienso que están en su derecho, o sea, porque nos están ahorrando bastante trabajo, pero es un trabajo que no es remunerado" (TNT).

Cobertura

Otro problema mencionado y relacionado a los anteriores de recursos materiales y humanos e instalaciones físicas es el de la imposibilidad de alcanzar las coberturas establecidas. De acuerdo al personal, en algunos casos las áreas son geográficamente muy extensas, imposibles de alcanzar con los recursos humanos y materiales existentes. Por ejemplo, en Chisec, quisieran cuatro PdeS más. En otros lugares, creen necesario "elevar" la categoría del servicio que tienen (por ejemplo, en Olopa y La Gomera) para contar con más personal.

"El CdeS necesita convertirse en tipo 'A', necesita una ampliación para que sea funcional para la cantidad de población que ellos tienen que atender, porque hay muchos programas que no cubren, cosas como emergencias materno infantiles, donde está lo más grande, un niño con bronconeumonía y deshidratación, no se pueden hospitalizar. En este sentido tienen que ir ciertas acciones." (Médico, GOM)

Un problema de cobertura es que ésta se establece en base a divisiones geopolíticas, que no son siempre las más adecuadas en términos de distancias y transporte (CHI, ESQ). Por ejemplo, el CdeS de Esquipulas tiene bajo cobertura aldeas que colindan con Jocotán y Olopa y otras con Quezaltepeque por lo que en términos de accesibilidad estarían mejor bajo la cobertura de esos municipios. Por el contrario, una aldea de Olopa y otra de Concepción Las Minas son más accesible al CdeS de Esquipulas.

"Playa Grande nos queda más inmediato... Queda a 35 km y aquí [Chisec] a unos 60 km, el doble. Pero la aldea pertenece a Chisec, aunque estamos más cerca de Playa Grande. No sólo una, sino hay varias comunidades allá ..." (Miembro Comité Pro-Mejoramiento, Pozo Seco, CHI)

Los datos de población que se utilizan para estimar coberturas o para decidir las acciones no siempre están actualizados, se mencionó. De hecho, los datos de población y otros varían de acuerdo a la fuente consultada.

Centralización, verticalidad

El personal se quejó de que se deciden las acciones (por ejemplo, las de vacunación) "de arriba, para abajo", sin consultar con el personal que será encargado de realizarlas, sin conocer sus problemas, sus compromisos previos o sus recursos (Alta Verapaz,

GOM, SLC). Los programas "son diseñados en la capital", "sin conocer la realidad", después "sólo se les manda telegramas" y tienen que seguir las órdenes. La misma queja fue manifestada con respecto a la papelería que se lleva en los servicios. El personal piensa que es demasiada, les quita mucho tiempo y a ellos no les sirve. La llenan porque les exigen del nivel central.

Relaciones entre el personal

Las relaciones entre el mismo personal de los servicios fue otro de los problemas mencionados en algunos casos (CLM, TNT). El incumplimiento en sus funciones de algún miembro del personal (del médico, por ejemplo) puede a veces ser la causa reportada (CLM).

"Algo muy fundamental es mejorar la relación entre nosotros los del servicio. No se si ya escucharon ustedes por allí que aquí hay dos grupos en el hospital .." (Médico, TNT).

La falta de estímulos positivos también afecta estas relaciones. Por ejemplo, "si algo sale bien no se felicita al personal que ha realizado las actividades, solamente al médico jefe" y esto desestimula y crea resentimientos.

Servicios

El incumplimiento en el horario del personal de salud, especialmente el del médico, aunque fue mencionado por las autoridades y las personas de varias comunidades (PAN, CLM, OLP, GOM) y constatado por las investigadoras se mencionó menos por el personal de salud. Es común que los médicos tengan clínica particular y que inclumplan con su horario de trabajo en los servicios de salud.

"También van a La Tinta por el servicio médico pues allá siempre hay y aquí no. El doctor de aquí sólo está durante la semana, el fin de semana se va a Guatemala. Viene lunes [OBS martes 22 de febrero de 1994, a las 10:00 no había llegado] y se va viernes en la tarde. El viernes es sábado chiquito y el doctor se va a las 12:00." (Informante PAN)

[OBS es martes 15 de febrero y el doctor aún no ha llegado a Olopa. La gente dice que siempre viene hasta el miércoles y sólo atiende ese día y a veces el jueves].

Relaciones con la comunidad

Algunos miembros del personal entrevistado, reconocieron la mala relación que a veces existe entre el personal y la comunidad (ESQ, OLP, SLC). Se señalaron a algunos miembros del personal en particular que tienen malas relaciones con la comunidad. El problema, dijeron algunos entrevistados, es que las personas de la comunidad no siempre distinguen los diferentes tipos de personal y generalizan diciendo "en el Centro de Salud me tratan mal o no me atienden".

En Alta Verapaz, hay un problema de comunicación entre el personal que habla únicamente castellano y la población que habla sólo el idioma maya q'eqchi'. Por esa razón, el personal prefiere atender a las personas con las que se puede comunicar, discriminando a los indígenas de habla q'eqchi'. La comunicación por medio del traductor es difícil por varios motivos: a) no hay confidencialidad en la entrevista médico-paciente, por ejemplo, y el paciente se siente incómodo por la presencia de una tercera persona de su comunidad, b) los traductores no lo hacen bien ya que no han sido capacitados para ello, a veces es cualquier persona que está en la sala de espera y c) la traducción aumenta el tiempo de consulta.

"Yo no hablo q'eqchi', entonces entro a alguien que sepa castilla y poco a poco se va haciendo uno el oído. O sino, el enfermero entra conmigo, él sí sabe q'eqchi'." (EPS, RAX)

"Existe la barrera idiomática, yo no hablo el idioma de acá, no hablo el q'eqchi' y casi siempre necesito ayuda de un intérprete y eso me quita más tiempo todavía." (Médico TNT)

2. Perspectiva del Personal Voluntario

El personal voluntario, promotores y comadronas, también opinaron acerca de su participación en los servicios de salud e identificaron los siguientes problemas.

Medicamentos y equipo

Los promotores de salud y las comadronas también mencionaron como un problema importante la falta de recursos materiales para ellos, especialmente medicamentos para los promotores y equipo para promotores y comadronas (CHI, TNT, CLM, OLP). Los promotores quisieran tener a su disposición un botiquín para prestar primeros

auxilios y medicinas para padecimientos comunes. Sin embargo, sólo les han dado sobres de sales de rehidratación oral o aspirinas (CLM, OLP) o jeringas (CHI). Las comadronas en su mayoría recibieron un "maletín" con materiales en el momento de ser capacitadas. Pero ese equipo no se les ha renovado.

El problema de falta de medicamentos y equipo repercute en la credibilidad del personal voluntario. Según este personal, la gente manifiesta que no vale la pena acudir a ellos porque "no tienen nada" con que atenderla. Algunos promotores, han dejado de serlo precisamente por la falta de medicamentos.

"Se podría trabajar si en el centro de salud nos dan remedio para ayudar a la gente porque no tienen dinero, vitaminas [alimentación]. [Necesitamos] equipo, desparasitantes y muchas medicinas más." (Comadrón, Tampur, TNT)

"Que nos den un botiquín es necesario para poder atender a las personas que necesitan de nuestro servicio, porque nos ha pasado en varios casos llegan a que el promotor les lave una herida o que les dé tratamiento de los parásitos o vitaminas a las señoras embarazadas." (Promotor, GOM)

"Antes nos daban medicinas y nosotros las regalábamos y teníamos que llevar un listado y así nos la reponían. Ahora ya no tenemos nada ni nos dan medicina " (Promotor, CLM)

Salario y viáticos

Los promotores y comadronas mencionaron que ellos no son remunerados por el trabajo que hacen, a pesar de lo cual la mayoría tiene entusiasmo y cumple con sus actividades. No demandaron salario. Sin embargo, cuando ellos asisten a capacitaciones, acompañan a los usuarios al servicio o llegan a un servicio a reportar casos (por ejemplo, las comadronas deben ir a los servicios a reportar los nacimientos y acompañar a las embarazadas al control prenatal), no reciben remuneración o alguna ayuda como en alimentos o materiales. En esos casos, ellos sí solicitaron alguna ayuda. En Escuintla, algunos promotores mencionaron que el MSPAS le podría dar transporte como una bicicleta o moto.

"Quisiera que me reconocieran algo ya sea dinero o alimentos cuando vengo a dar parte de nacimientos. Aquí vengo pura alma vendida; nosotros no tenemos pinto. Camino 2 leguas para venir, es una hora y media de caminar. Yo estoy recogiendo más gente que otra gente [recibiendo más niños que otras comadronas] y sería bueno que me dieran algo por venir. Ya tiene 5 meses que no me dan ni un material."

(Comadrona de aldea Piedra Molar, OLP, 68 años, analfabeta, viuda, 50 años de ser comadrona, 20 de haber sido capacitada en el CdeS)

"Los esposos ya ni nos quieren dejar ir porque es perdido el día. Dejamos de hacer la jarcia (pita), las casas botadas, el hombre sin comer, ese día no ponen mozo [trabajador jornalero, que no contratan por no tener quien le dé de comer] y se queda el trabajo parado." (Comadrona de Tituque, OLP)

La falta de viáticos, hace que en algunas oportunidades los promotores y comadronas decidan no participar en reuniones y capacitaciones. Algunos dejan de ser promotores por este motivo.

"Que ellos nos traten bien cuando nosotros los apoyamos en las jornadas de vacunación, por lo menos que nos den un almuerzo o refacción, porque en esta jornada ni siquiera un pan nos regalaron y ellos muy bien gracias comiendo ante nosotros y nos mandaron a nuestras casas y los que viven lejos nos costó, por eso en la segunda, por lo menos dos [promotores] ya no participaron." (Promotor, GOM)

"Algunos han dejado de ser promotores porque no les pagan nada. Cada día que pierden es un jornal para ellos y las mujeres se enojan porque no tienen para azúcar, para comprar comida a sus hijos en casa y les dicen que dejen de trabajar [como promotores]. Por eso se retiran." (PRS, Tampur, TNT)

El personal voluntario también mencionó la falta de cualquier material educativo escrito o grabado para el promotor.

Relación con los servicios de salud

En algunos lugares los promotores y/o comadronas se quejaron del contacto poco frecuente con el personal de salud (CLM respecto a comadronas, OLP) o de la falta completa de contacto (CHI, TNT). Los promotores y comadronas buscan razones para esa falta de contacto: es lejos, no tienen tiempo, son haraganes, no saben el idioma, les caemos mal porque exigimos, no ven de menos, etc. En muchos casos, el contacto ha ido disminuyendo con el tiempo. Muchos promotores recuerdan alguna época en que el contacto era mayor y estimulante para ellos.

"Me dio tristeza ver el desfile esta vez. Sólo éramos como 20 promotores. El año pasado éramos como 80, creo." (PRS, CLM)

Como el contacto es poco frecuente tampoco hay capacitaciones frecuentemente. En muchas ocasiones, los promotores y las comadronas se quejaron de que el personal de salud les ofrece algo y luego no les cumple (OLP, GOM, SLC). Por ejemplo, les dicen que "van a llegar" en una fecha y ya no vuelven, o que van a haber recapacitaciones y no las hay, o que se van a capacitar nuevos promotores y ellos hacen la lista de aspirantes y no se lleva a cabo.

Además, los promotores se están dando cuenta que el personal de salud los busca únicamente cuando los necesita, por ejemplo, para las campañas de vacunación, para letrización, o para la emergencia del cólera. El resto del tiempo, se olvidan de ellos.

"Otra vez nos organizamos con ellos, iba uno representando al centro de salud y unos dos promotores de la iglesia a supervisar quienes tienen letrina, quienes no y todo y a obligarles que hagan letrina en 15 días. En ese plazo se pasa a supervisar. Sólo hicimos eso, se terminó, ya no se ocuparon de supervisar. Ya no fueron. O sea que el centro de salud ya no quisieron. Dijeron que tenían que vacunar, que no tenían tiempo, que no había personal, todas esas cosas. Nosotros sí fuimos. Lo que nos faltó era supervisión..." (PRS, CHI).

"Llega la seño ..., pero sólo cuando están vacunando. Otra vez llegó porque quería que mi hijo fuera su criado, sólo por eso van." (Comadrona, TNT)

Otra queja es que el personal voluntario cumple con acompañar o referir pacientes a los servicios de salud. Sin embargo, en los servicios los atienden mal o no los atienden. En algunos lugares (CLM, OLP) los promotores y comadronas tienen un cupón de referencia que le dan al paciente, pero cuando éste lo presenta no se le da importancia y a veces hasta se tira o destruye delante del paciente diciendo que no sirve de nada. Esto resta credibilidad al personal voluntario.

"La vió y dijo que no podía hacer nada, no la atendió y la mandaron a Cobán. Entonces yo le dije por qué no atiende si está bien pagada. Nosotros los comadrones no ganamos nada, sufrimos tanto, caminamos bajo el sol, aguantamos hambre y sí atendemos a la gente." (Comadrón, Tampur, TNT)

"Que ellos atiendan a los niños que nosotros vemos que necesitan de una consulta médica. Llevando una nota firmada de parte de nosotros, los regresan y eso no es lo correcto porque no respetan nuestro trabajo." (Promotor, GOM)

En algunas oportunidades, a los mismos promotores o comadronas no se les trata bien en los servicios de salud (OLP, GOM). En Olopa, mientras se hizo el estudio, una promotora llegó a solicitar el servicio del CdeS para su parto inminente. La respuesta fue que 'ella era promotora, que se atendiera sola'. La promotora dio a luz sola⁹.

⁹ Información obtenida mediante observación.

3. Perspectiva de los usuarios de los servicios de salud

En uno o dos días durante la recolección de datos en los servicios de salud, fueron entrevistados los usuarios de los servicios a la salida de los mismos. Alguna de las razones por las que los usuarios hacen uso de los servicios de salud se discuten en la sección B, ya que de alguna forma ellos han encontrado ventajas al hacer uso de los servicios. Se debe mencionar, sin embargo, que el que las personas utilicen los servicios de salud no significa que hacen uso exclusivamente de éstos. Las enfermedades comunes son tratadas primeramente en el hogar y la automedicación es común. Las tiendas y farmacias son utilizadas frecuentemente para la compra de "medicamento sencillos" que complementan los remedios caseros generalmente preparados con "montes" (hierbas). Los proveedores tradicionales son consultados especialmente en casos de "enfermedades populares"¹⁰ que no pueden ser o no son bien tratadas por los servicios de salud. Se consultan los médicos privados en caso de enfermedades graves que se sabe responden a tratamientos médicos.

"Yo cuando me enfermo vengo aquí al Centro. Pero también voy con los médicos particulares cuando es muy avanzada alguna enfermedad y que necesite de medicina más complicada."
(Usuaría, GOM)

Se presentan a continuación, los hallazgos sobre las quejas de los mismos usuarios sobre los servicios de salud.

Medicamentos

Los usuarios protestan porque en los servicios de salud se les da "sólo pastillas" (generalmente aspirinas), o "sólo recetas" para comprar medicamentos en la farmacia. Muchos dicen que son pobres y que no pueden comprar las medicinas recetadas; otros quisieran que se las vendieran a precios accesibles. También mencionan que la cantidad de medicinas disponible en los servicios de salud ha venido disminuyendo.

"Yo pienso que fuera bueno que hubiera medicina así nos dan remedio, aunque sea comprado pero tal vez más barato. Por eso es que buscamos el centro de salud, porque nosotros somos pobres." (Usuaría Telemán, TNT)

¹⁰ Se le llama enfermedades populares a síndromes de los cuales dicen padecer los miembros de un grupo particular y para los cuales su cultura provee una etiología, un diagnóstico, medidas preventivas y tratamientos. Son enfermedades enmarcadas culturalmente (Rubel et al. 1984).

"Que nos ayuden con la medicina porque la necesitamos. Cuando nos dan receta no podemos comprarla porque es muy cara." (Usuaría, CHI)

"Que hubiera lo necesario, lo que se utiliza para cualquier emergencia. Que tengan anestecia porque creo que por eso no atendieron a una niña que traía el dedito colgando, porque no tenían no se qué." (Usuaría, SLC)

"Que den medicinas regaladas. Aquí no dan medicina, ni regalada ni vendida, porque prefieren venderla por su cuenta." (Usuaría, OLP)

Además de la falta de medicamentos se señala la falta de instalaciones apropiadas.

"Otras veces no atienden a los que se cortan porque no tienen donde ponerlos. Por eso muchos de la comunidad no les gusta venir y se curan con hierbas allí." (Usuaría, CHI)

La falta de distribución de alimentos donados por un problema de robo de los mismos también fue mencionada por algunas usuarias en Chiquimula.

Servicios

Las quejas sobre la organización de los servicios no son infrecuentes también de parte de los usuarios. Entre los problemas mencionados están: que se atiende "por número", es decir a sólo un determinado número de pacientes (que recibe una boleta con el número en que le toca ser atendido), que no hay facilidades para hacer exámenes, como rayos X o de laboratorio, ni servicios especializados (de odontología, por ejemplo).

"No [obtuvo servicio] porque ahora están en huelga; pero ya había estado mucho tiempo esperando [una hora y media], para que me digan no atendemos, es una injusticia la que hacen con la gente " (Usuaría, SLC)

Los usuarios también preferirían que en todos los servicios hubiera médico que los atendiera.

"Yo digo que fuera bueno que hubiera un doctor, porque así es mejor cuando uno viene a recibir su examen." (Usuario, CHI)

Calidad de la atención

Algunos usuarios mencionan que el horario del servicio es limitado y el personal no tienen consideraciones especiales aunque el paciente llegue "de lejos", que los servicios a veces se encuentran cerrados o no los atienden porque no es día de consulta, que los tiempos de espera a veces son muy largos, que los tratamientos que les han dado no los han curado.

"Vine con mi niño para que lo vacunen, ésta es la tercera que le ponen. Mucho tiempo [de espera, 3 horas] porque yo sólo vine por vacuna. Me hubiera parecido mejor menos tiempo, como una hora porque yo vengo desde lejos." (Usuaría, GOM)

"Que cuando vengamos nos atiendan porque nosotros venimos de Chinapemech, caminamos cuatro horas para llegar aquí." (Usuaría, CHI).

En algunos casos los usuarios también se quejan del trato poco cortés o discriminatorio para los pacientes y piden el cambio de algún miembro del personal.

"Que no miren de menos a la gente indígena o a los pobres y que nos atiendan aún cuando ya haya pasado la [hora de] consulta." (Usuaría, CHI)

4. Perspectiva de los no usuarios de los servicios de salud

Los no usuarios entrevistados fueron definidos como personas que en el último año o más no habían hecho uso de los servicios de salud. Algunas personas que van a los servicios de salud solamente para sacar "la tarjeta de sanidad" porque tienen algún negocio de alimentos, pero nunca van a consulta, también se entrevistaron entre los no usuarios. Los no usuarios fueron localizados por referencia de los servicios de salud, de algún dependiente de farmacia o de otro no usuario. Algunos de los no usuarios actuales en alguna oportunidad acudieron a los servicios de salud, pero ya no lo hacen. Se presentan a continuación, los hallazgos sobre las razones de los no usuarios para no utilizar los servicios de salud pública.

Otros proveedores

Las personas entrevistadas que no usan los servicios de salud pública, hacen uso de otros servicios. Los menos, de mayores recursos económicos, acuden a médicos privados. Los más pobres se automedican con remedios caseros, remedios de farmacia y/o consultan a proveedores populares/ tradicionales.

Médico particular

Muchas personas entrevistadas, tanto usuarios como no usuarios, consideran que el médico es quien proporciona una mejor calidad de atención. Si dentro de sus posibilidades económicas está el acudir a uno lo prefieren. Por ejemplo, en CLM y SLC donde la población de la cabecera municipal es de un nivel socioeconómico relativamente alto (en CLM complementado por el envío de dólares de los parientes que residen en Estados Unidos), la mayoría de los no usuarios entrevistados optan por hacer uso de médicos particulares en cabeceras departamentales o en la ciudad capital.

"... Porque las enfermedades que me caen no las pueden tratar ahí [CdeS], más bien que ahí sólo es para vacunar o para alguna emergencia y para toda la gente pobrecita de las aldeas que no tiene cómo pagar una consulta con un doctor. Nosotros pues, por la gracia de Dios, tenemos cómo ir con un médico y por eso no vamos ahí." (No usuaria, CLM)

La presencia de uno o más médicos en el servicio fue también demandada por los no usuarios.

Farmacias

Las personas entrevistadas coinciden en que las medicinas en las farmacias son caras. Algunas definitivamente no las pueden pagar y otras compran únicamente una parte del tratamiento por no poder pagarlo completo. Sin embargo, por la falta de medicinas en los servicios de salud, algunas personas prefieren recurrir directamente a la farmacia ya que ahí pueden solicitar el consejo del dependiente de la farmacia y obtener la medicina sin esperar mucho tiempo.

"Casi no nos enfermamos, gracias a Dios, y no molestamos al Centro de Salud, pero por un dolorcito de cabeza, nos vamos a la farmacia" (No usuario, GOM)

IGSS

Los trabajadores afiliados hacen uso de los servicios del IGSS que consideran un poco mejor que los del MSPAS.

"... Porque ellos [CdeS] a saber que harían si les llega un enfermo grave y no tienen capacidad de atender como lo hace el IGSS que es un poquito mejor." (No usuario, GOM)

Medicina tradicional

La medicina tradicional que va desde el autocuidado con remedios caseros o algunos fármacos sencillos hasta el uso de profesionales del sector tradicional es la alternativa de atención de salud de los más pobres.

Medicamentos

Los no usuarios también se quejan de la falta de medicinas en los servicios de salud. Las personas consideran que las medicinas que hay en las farmacias son caras. Por lo tanto, quieren que haya en el servicio de salud. Algunas persona opinan que aunque cobren algo por la medicina prefieren que haya, otras manifiestan que ellas no pueden pagar la medicina.

No es infrecuente la acusación de que los servicios de salud tienen alguna medicina, pero que el personal prefiere venderla para ganar dinero o utilizarla en las clínicas privadas.

"Ahí no atienden a las personas pobres, sólo a los que tienen dinero. No dan medicina regalada ni vendida a bajo precio. Y los del Centro nos la tienen que dar porque se las mandan regalada para la gente pobre. Pero el doctor se la lleva para él porque como tiene su clínica privada." (No usuario, CLM)

Servicios

Tanto usuarios como no usuarios de las comunidades estudiadas opinan que los servicios de salud pueden atender sólo cierto número de enfermedades, las más comunes. No pueden atender casos graves.

"Porque ahí solamente atiende enfermedades comunes y sencillas ya para enfermedades graves ellos no pueden y lo mandan a uno al hospital de Escuintla." (No usuaria, GOM)

La minoría de personas con mayores recursos buscan fuera de las comunidades atención especializada que el servicio de salud no les puede ofrecer: de un médico, de laboratorio, rayos X, odontología, etc.

Calidad de la atención

Las personas, especialmente las que viven más lejos de los servicios, se quejan del horario limitado de centros y puestos de salud que muchas veces hace que no acudan. También hay quejas acerca de los tiempos de espera que son largos. Hay queja por la ausencia de médicos que deberían de prestar atención en el servicio

(CHI, CLM, OLP). Hay queja también por los médicos EPS que llegan de "practicantes" más interesados en sacar datos para sus tesis que en servir a la comunidad. Algunas personas, después de alguna mala experiencia deciden nunca regresar a los servicios de salud del MSPAS. En muchos casos, se señala el trato discriminatorio hacia las personas pobres e indígenas.

"Ellos son unos mentirosos, son unos sinverguenzas, viven a costillas del pueblo, son creídos, hacen de menos a los pobres" (No usuaria, OLP)

"El médico no atiende, tiene clínica en Esquipulas y ahí manda a los pacientes." (No usuaria, CLM)

De la atención de emergencias, en las que se pone a prueba el sistema y la calidad y humanidad de la atención, depende muchas veces la decisión de una persona de seguir usando o no el servicio de salud.

"... Por una mala experiencia que nunca voy a olvidar, en el resto de mi vida. El año pasado yo llevé a mi nieto de 2 meses de edad y la enfermera me dijo que ya no atendía porque estaba para cerrar la puerta. Me dijo, véngase mañana. Le suplique¹¹ el estado del niño. A ella no le importó y se fue. Yo tuve que regresar porque no tenía dinero en ese momento y mi nieto murió en la noche. Uno por ser pobre recibe todas las humillaciones ..." (No usuaria, GOM).

5. Perspectiva del sector público

Bajo el punto de vista de otras instituciones del sector público (Municipalidad y otras agencias), los problemas que afectan a salud pública son los ya mencionados, por lo que aquí no nos extendemos. Entre éstos destacan los siguientes:

Presupuesto

Reconocen que los servicios de salud no tienen recursos económicos para trabajar. Culpan a el MSPAS, nivel central.

¹¹ Es notorio en todas las notas que la gente habla de "suplicar". En el vocabulario del guatemalteco pobre los verbos explicar y suplicar se han unido, algo muy decidor de la relaciones sociales.

Infraestructura y cobertura

La falta de puestos de salud en las comunidades lejanas fue mencionado como problema.

Medicamentos

Todos los informantes coinciden en que la falta o escasez de medicinas, incluso para los padecimientos más comunes, es uno de los principales problemas que afecta la utilización de los servicios de salud. Opinan que las personas pobres simplemente no pueden pagar los medicamentos.

Recursos humanos

Se mencionaron problemas de insuficiente personal y de incumplimiento del personal (especialmente los médicos) con los horarios de servicio establecidos.

Calidad de atención

Debido a la falta de recursos humanos y materiales la calidad de la atención en los servicios de salud pública es deficiente. La referencia de pacientes graves y emergencias fue un problema frecuentemente mencionado.

6. Perspectiva del sector privado

En esta investigación, el sector privado fue representado por ONGs (Escuintla y Alta Verapaz), por organizaciones religiosas y dispensarios parroquiales (en Alta Verapaz y Chiquimula), por dueños de farmacias (en las tres áreas) y por finqueros (en Alta Verapaz y Escuintla). Se resumen también aquí los comentarios de los miembros de los diferentes comités consultados.

Recursos económicos

No hay suficientes recursos económicos para el sector salud. Además, los sueldos que percibe el personal son muy bajos y no los incentivan a trabajar.

Infraestructura y cobertura

También señalan la falta de puestos o centros de salud y la necesidad de que se concluyan algunos cuya construcción está detenida.

Recursos humanos

Algunos dicen que el personal es suficiente, otros que no lo es. Coinciden en que hace falta mayor supervisión del personal y mayor control de los recursos materiales que se le entregan a los servicios de salud.

Medicina y equipo

La falta de medicamentos y equipo también fue mencionada como uno de los principales factores en la baja utilización.

Calidad de atención

Vuelven a ser mencionado como problema la dificultad en hacer referencia de emergencias por la falta de transporte y el mal estado de algunas carreteras.

La actitud del personal de salud fue muy criticada por el sector privado. El personal de salud fue descrito como inhumano, indiferente al sufrimiento ajeno, grosero en su trato, enojado, haragán, desorganizado, incumplido, que discrimina entre usuarios e incluso corrupto. Los servicios que se prestan son insuficientes en cantidad y calidad.

7. Otros problemas identificados

Además de los mencionados, queremos resaltar aquí, otros problemas que afectan los servicios de salud que se hicieron aparentes en el curso de la investigación.

Vías de Acceso a las Comunidades

Las vías de acceso en peores condiciones especialmente en la época de invierno (lluvias) son la de Chisec y, en menor grado, la de Olopa. A pesar de que Chisec queda a 72km de Cobán, Alta Verapaz, el recorrido en carro es de 6 horas y en autobus de 10 horas. Esto tiene implicaciones muy serias en el caso de la

referencia de pacientes graves a otro servicio. Las citas a continuación ilustra este problema, además de los problemas de falta de medios de transporte y de un sistema de referencia adecuado.

"Me pasa a mí, me van a hablar de una señora que estaba macheteada. Bueno, me dicen: -llévela a Cobán... Bueno, -ya está lista? Para esto eran las 8 pm. De aquí [CDES] nos dieron un suero, le pusieron un suero. La subieron a la palangana del carro, una colchoneta en la palangana. Y me voy yo para Cobán. En eso, en la cuesta de La Ventana, de los brincos y todos eso, el palito que habían puesto donde iba el suero, pues el carro no tiene ni dónde ponerlo, se cae el suero, se destraba y se va el envase de suero. Y dije yo: -Dios mío, qué estoy haciendo? Yo soy un poco nervioso para esos casos, verdad. Lo correcto hubiera sido que el enfermero se hubiera ido. Si el caso era delicado, un enfermero se hubiera ido atendiendo a la paciente. Llegué a una aldea y seguí. Me puse a pensar si regreso a Chisec o me voy a Cobán. Chisec me queda a una hora y Cobán a tres. Pero dije yo, mejor a Cobán. Le quité el suero a la señora, le baje la presión a las llantas de carro y le dije a la señora: -vas a disculpar, pero te voy a llevar. Y a la 1 am estaba yo llegando a Cobán ... Aquí cuesta sacar a un paciente. Cuando es una aldea lejana los traen colgados en una hamaca... Sabe qué es lo peor? Que llegan aquí y no hay un médico que les pueda dar los primeros auxilios..." (Fiquero, CHI)

"Incluso la vez pasada que nosotros tuvimos problemas íbamos a Raxruhá. Ahí hay varias clínicas médicas, pero ahora que el camino se ha puesto bien malo tampoco podemos ir allá." (Fiquero CHI)

Disponibilidad de los servicios

En los lugares más lejanos, a donde el acceso es difícil, las personas no están efectivamente cubiertas por los servicios de salud pública. Estas personas utilizan recursos tradicionales y populares para curarse y solamente cuando se trata de un caso muy grave hacen uso de los servicios de salud. Los servicios de salud, sin embargo, no están capacitados para tratar emergencias y deben referir a estos pacientes a lugares aún más lejanos para ellos.

Por otra parte, hay grupos de población que por circunstancias específicas se encuentran fuera del sistema de cobertura de los servicios de salud. Tal es el caso de los migrantes temporales a las fincas.

En el área de Chisec los pequeños finqueros o parcelarios contratan personal temporal de la misma región u otras. La atención en salud en casos graves descansa en la buena voluntad del finquero quien los lleva al centro de salud o a Cobán si fuera necesario y, según dicen, cubre los gastos.

En Escuintla, uno de los problemas más graves identificados durante esta investigación y muchas otras realizadas anteriormente es la situación de los migrantes y sus familias que en muchos casos están totalmente desprotegidos de los servicios de salud, entre otras cosas.

"Porque en las fincas no tienen doctor no hay nadie que los atiendan y los finqueros que no se acuerdan que son personas quienes les trabajan, no tienen ni regaderas donde bañarse. Por eso el cólera ataca más a esta gente, indígenas que vienen del altiplano. Como en las fincas se gana poco, no me parecía eso que les vendieran la medicina. Y al IGSS tampoco pueden ir porque sacan a las personas que estén enfermas por falta de certificación. Un amigo estaba grave lo recibieron en emergencia pero cuando supieron que tenía tres días de ya no estar trabajando donde estaba afiliado, lo sacaron." (Enfermero de finca, GOM)

"...los cuadrilleros migrantes no están cubiertos por el IGSS. Ellos [los finqueros] trataron pero no se puede porque vieron los del IGSS que eran muchos, además para obtener información de ellos [los migrantes] tampoco lo logran pues vienen indocumentados. Ellos tienen relación directa con el contratista." (Encargado de oficina de finca, GOM)

"...los migrantes no están cubiertos pues ellos tienen relación directa con el contratista y sólo los contratan por 28 días." (Oficina de finca, GOM)

Sin embargo, la situación no es la misma en los dos municipios estudiados. Por diversos motivos, el sector azucarero empezó a prestar mayor atención a la situación de salud de sus empleados, incluyendo a los migrantes. Actualmente, los ingenios más grandes prestan servicios de salud que incluyen a los migrantes. (Este sistema de atención de salud será presentado en la sección B abajo.) Sin embargo, un problema identificado en el caso del sector azucarero es que el migrante es contratado solo, sin su familia, durante el período de la zafra, lo cual propicia la desintegración familiar.

El problema más grave se encuentra en el sector algodonero, el cual contrata el mayor número de migrantes para la cosecha de algodón, que dura aproximadamente 7 meses. Los migrantes son contratados únicamente por 28 días, lo cual no obliga a los patronos a pagar IGSS. Durante ese tiempo, pues, los migrantes se

encuentran totalmente desprotegidos en cuanto a atención de su salud. En muchos casos, los patronos sí les descuentan de su salario la cuota para IGSS, pero no los reportan al mismo. Por lo tanto, cuando los migrantes, confiados en que ellos tienen derecho a servicio en el IGSS, acuden ahí por enfermedad no los atienden y les dicen que no se encuentran afiliados.

Las condiciones de hacinamiento en que viven los migrantes del sector algodonero son infrahumanas. Esto hace que se enfermen frecuentemente y en muchos casos mueran. Estas personas vienen contratadas "por tarea" (el pago del día depende del trabajo que realicen ese día), lo cual significa que, si acuden a cualquier otro servicio de salud que está abierto sólo en horas hábiles, pierden el ingreso de ese día. Además, la mayoría de los servicios se encuentran alejados de las fincas algodoneras y el transporte es difícil y caro. Los administradores de las fincas dijeron que ellos los transportan al CdeS o PdeS más cercano, pero los migrantes contradijeron esta información.

Una enfermedad representa para el migrante la pérdida del ingreso económico durante el período de enfermedad, gasto en transporte, gasto de consulta, gastos en medicinas que no pueden costear. Además, el salario se les paga al término de los 28 días/trato, por lo que ellos tienen que buscar medios y endeudarse para sufragar los gastos en caso decidan buscar atención. En la mayoría de los casos, como llegan a las fincas con un contratista, quien es el que les paga, éstos son quienes les prestan dinero anticipado a cuenta de su exiguo salario. Únicamente cuando tienen un accidente de trabajo, la finca los lleva al IGSS, en donde por ser emergencia son atendidos a pesar de no estar afiliados. Sin embargo, los migrantes se quejaron de que la atención es en forma "grosera".

De acuerdo al sector de salud pública el problema es realmente grave, ya que el MSPAS y específicamente el Área de Salud de Escuintla, los CdeS y los PdeS "no pueden dar recomendaciones, pues no tiene mayor autoridad" (GOM, SLC). La "falta de autoridad" se refiere a que los grandes terratenientes no permiten fácilmente el acceso a sus fincas¹² por ser éstas propiedad privada y tienen guardia privada armada. Asimismo, no permiten ingerencia del sector público.

¹² En ésta y otras investigaciones, las investigadoras mismas han tenido dificultades para ingresar a las fincas, observar las condiciones de vida de los migrantes y entrevistarlos en forma abierta y espontánea.

Recuperación de Costos

Cómo se sabe, el costo de la consulta en los servicios de salud es de Q 0.25. Sin embargo, esta mínima cantidad, no se cobra en algunos servicios porque "no hay recibos" (CHI, PAN, TNT, OLP). Consultado al respecto, el personal insiste que es un problema muy serio de auditoría el cobrar la consulta sin tener los recibos. Al mismo tiempo, el personal indica que quizás la mayoría de personas que acuden a los servicios de salud podría pagar entre Q0.50 y Q1.00 por consulta y más aún por servicios especializados. Diferentes informantes estiman en un 10%-50% a la población que no podría pagar servicio alguno.

Selección de personal voluntario

Un problema que se encontró en Chiquimula, es que las comadronas que han sido capacitadas por los servicios de salud, sin antes haber tenido una práctica empírica, no está realizando actividades de comadrona.

En los municipios estudiados en Chiquimula, las comadronas literalmente sólo "reciben a los niños". La mayoría de mujeres dan a luz ayudadas por sus familiares (esposo, madre, suegra) o sin ayuda alguna. Generalmente, llaman a la comadrona para que corte el cordón umbilical y limpie al niño. Las comadronas cumplen funciones durante el período prenatal y postparto. Sin embargo, las comadronas adiestradas por el sistema no son demandadas.

En Chisec, se mencionó el problema de descuido en la selección de los promotores. Una cita representativa es la siguiente:

"Porque en el centro no les importa a quien van a capacitar. Sólo dicen, necesitamos capacitar tantos promotores, los llaman y se presentan. A veces la comunidad no le pone importancia a eso, pues no se les está diciendo qué se espera ... Los interesados se vienen a inscribir... - Quién lo mandó? -la comunidad, y a veces no es cierto. Yo estuve viviendo en una aldea en Canaan y hay dos promotores de salud que se vinieron a inscribirse y dijeron que la comunidad los mandaba pero no era cierto. Y ahora en qué andan? ... vendiendo medicinas por todos lados" (PRS, CHI).

Fuga del personal voluntario

Existen otras instituciones que sí pagan a su personal comunitario. Tal es el caso del IGSS en salud, DIGESA en el sector agrícola y CONALFA en el de educación. Los representantes agrícolas de DIGESA, por ejemplo, ganan de Q275-Q350 por 15 días de trabajo al mes. Los animadores de CONALFA ganan Q225. al mes.

Mucho de este personal son promotores de salud (CLM, OLP, GOM, SLC). Las instituciones señalaron que ellos prefieren trabajar con promotores de salud que ya han sido capacitados. El hecho de haber participado antes en capacitaciones les da destrezas que hace más fácil a éstas agencias trabajar con ellos.

"Ellos (MSPAS) capacitaron a los promotores pero el IGSS los tomó, pues les pagan Q700. Y se quedaron prácticamente sin uno, ya que los pocos que trabajan con ellos son ad honorem."
(Médico, GOM)

"Tenemos problemas con el IGSS porque absorbieron a los promotres que nosotros los habíamos capacitado y reciben un sueldo de Q.700 a Q.1,000 y ahora nos quedamos con pocos promotores." (AdeE, GOM)

En Olopa y Concepción las Minas, al ser consultados los promotores y comadronas, indican que el trabajo en otras instituciones no les afecta su trabajo en salud ya que ellos aprovechan, por ejemplo, dar mensajes de salud a los grupos de agricultores o de alfabetizandos. Sin embargo, en la práctica, las actividades de salud se ven disminuidas ya que algunos promotores se convierten en "inactivos" para el sector salud y otros le dedican más atención y esfuerzo a las actividades remuneradas. Otros promotores se han convertido en "inyectores" ya que por el servicio de aplicar inyecciones pueden cobrar de Q0.50 a Q1.00.

En Chisech, el problema que se mencionó es que los promotores se vuelven vendedores de medicinas para, de esa forma, ganar dinero.

Coordinación entre sector salud e instituciones

Aunque recientemente y a raíz de la emergencia del cólera, han habido crecientes esfuerzos de parte del MSPAS de coordinar con otros sectores públicos y privados, la coordinación no es óptima. Por ejemplo, en las comunidades estudiadas no hay reuniones periódicas entre el personal de salud y el de las otras instituciones y organizaciones que operan en el área para discutir planes e identificar áreas de coordinación.

El Cuadro 1 intenta resumir todos los problemas encontrados desde las diferentes perspectivas investigadas. De estos problemas, aquéllos que más afectan la utilización de los servicios, son los mencionados por los usuarios y no usuarios de

los mismos, pero también mencionados por los demás sectores consultados, y que guardan relación con: (1) la falta de medicamentos, (2) la falta de personal, especialmente de un médico, (3) la calidad de la atención que incluye el horario, el tiempo de espera, el examen, la provisión de medicamentos, la atención y referencia de pacientes graves y el trato brindado a las personas por el personal de salud.

PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS**Recursos materiales**

- * Falta de recursos económicos (CHI, TNT, GOM)
- * Falta de viáticos para el personal (CHI, GOM)
- * Falta de viáticos para voluntarios (OLP, CLM)
- * Falta de recibos para cobrar consulta (CHI, TNT, OLP)
- * Falta de medicinas, medicina específica ej. suero anti-ofídico (GOM, SLC, TNT, OLP)
- * Medicina vencida (CLM)
- * Sub-utilización de la medicina (CHI)
- * Falta de equipo (ESQ, SLC)
- * Sub-utilización de equipo (CHI, TNT, OLP)
- * Equipo en mal estado (CHI)
- * UdeS está abandonada (OLP)
- * Pérdida de alimentos en la J de A (CHI)
- * Falta vehículo (CHI, GOM, OLP)
- * Falta gasolina (TNT)
- * Transporte en mal estado (CHI)
- * Falta de ambulancia, carro pagado caro (CHI, TNT, OLP)

Personal de salud

- * Cambio frecuente de personal (OLP)
- * Falta de médico (CHI)
- * Falta personal especializado ej. laboratorista, técnico rayos X, odontólogo (SLC, CHI, TNT, ESQ, OLP)
- * Personal comisionado a otra área (TNT, ESQ)
- * Mala relación entre personal (CHI, TNT, GOM, CLM)
- * Falta de motivación al personal (CHI, TNT, GOM, SLC, ESQ, OLP)
- * Promotores trabajando con otras agencias (CLM, OLP, GOM)
- * Participación limitada por gastos (CLM)
- * Falta de contacto con COM, PRS (CHI, TNT, OLP)
- * COM capacitadas no atienden partos (CLM, OLP)
- * Falta de cumplimiento con actividades ofrecidas (OLP, SLC)
- * Falta supervisión de JdeA (GOM, CHI, TNT, OLP)

PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS Cont. 2**Cobertura**

- * Datos de población dudosos (CLM, OLP)
- * Area de cobertura demasiado extensa (GOM, CHI)
- * Mala distribución de áreas de cobertura (ESQ)
- * Falta de cobertura a migrantes (GOM)
- * Falta de servicio en áreas lejanas (CHI, ESQ, CLM, OLP)

Servicios

- * Cierran PdeS cuando hay vacunación, vacaciones, reuniones (GOM, SLC, CHI, TNT)
- * Mala atención del personal para-médico (GOM, CHI)
- * No dan medicinas, sólo recetas (GOM, SLC, CHI)
- * Es tipo A, pero funciona como B (CHI, GOM, ESQ)
- * Mala relación con la comunidad (OLP)
- * Trato discriminatorio (CHI, TNT, GOM)
- * Médicos con horario limitado (OLP, CLM)
- * Venta no autorizada de medicinas y servicios (CHI, OLP, CLM)
- * No hay distribución de alimentos (OLP, CLM)
- * Falta de atención a usuarios (GOM, CHI, TNT)
- * No hay atención de partos (OLP)
- * SNEM no presta servicios (CHI)
- * Atención lenta y limitada por números (TNT, GOM, SLC)

PROBLEMAS DE LOS SERVICIOS Cont. 3**Acceso**

- * Pésimas vías de acceso (CHI)
- * Dificiles vías de acceso (OLP)

Instalaciones

- * Falta servicio de luz (CHI)
- * Falta de mantenimiento (CHI)
- * CdeS en mala ubicación (CLM)
- * Proyecto inconclusos (TNT)

Coordinación

- * Falta de coordinación central y regional (GOM)
- * Falta coordinación con otros sectores (CHI, GOM, OLP, CLM)

B. HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCION EN SALUD

En esta sección se presentan los aspectos positivos encontrados en la atención de salud de los servicios estudiados y la prestación de otros servicios. Estos aspectos fueron calificados de positivos por los distintos sectores entrevistados o evaluados así por las investigadoras frente a los problemas encontrados. Asimismo, se examinan algunos elementos que tendría un nuevo modelo de atención en salud y la forma en que éstos se han implementado en el pasado. Finalmente, se examina la visión que sobre un nuevo modelo de atención tiene el personal de salud entrevistado.

1. Aspectos Positivos de los Servicios de Salud

Buenas vías de acceso

Las vías de acceso al valle del Polochic son relativamente buenas, especialmente si se comparan con las de Chisec. La Tinta esta a 91 km de Cobán y sólo son tres horas de camino; Chisec esta a 72 km y toma de cinco a diez horas llegar hasta ahí. El camino desde Tukurú hasta Panzós es de terracería pero se mantiene en buenas condiciones y la referencia y transporte de pacientes no parece ser tan peligrosa como en Chisec. El CdeS de La Tinta ya atiende a parte de la población del valle del Polochic debido a que "no cuesta mucho llegar" y "ofrece mayores servicios" (Usuarios, TNT). No obstante, debe mencionarse que para la población que vive en la Sierra de las Minas y debe ser cubierta por este CdeS, las vías de acceso son casi inexistentes. Esta gente debe caminar durante horas por veredas para poder llegar al CdeS. En conclusion, las vías de acceso en el propio valle son consideradas como un aspecto positivo porque facilitan la utilización del CdeS y la referencia de pacientes dentro del valle.

De la cabecera departamental Escuintla hacia Santa Lucía Cotzumalguapa se va por carretera asfaltada, por lo que en casos de emergencia pueden ser llevados los pacientes a la cabecera en dónde existen el Hospital Regional de Escuintla y el Hospital del IGSS, además de varios servicios privados.

Las buenas condiciones de las vías de acceso tiene implicaciones positivas para alcanzar la cobertura, la supervisión de los servicios y el traslado de las emergencias.

Instalaciones

El caso del CdeS de La Tinta puede señalarse como un ejemplo de magníficas instalaciones físicas y equipamiento. Aunque es discutible que sean necesarias instalaciones tan modernas para atender los principales problemas de salud del área, donde estas existan deben utilizarse eficientemente. Por el contrario, actualmente estas instalaciones están siendo sub-utilizadas.

En Chisech las instalaciones en el CdeS permiten que pueda prestar un servicio de abastecimiento de agua a la comunidad.

Financiamiento

Existen algunas experiencias de consecución de fondos y ayuda material de organizaciones internacionales como UNICEF y ONGs. Por ejemplo, UNICEF ha apoyado la capacitación de comadronas (en las tres ADES). CARE ha participado en la construcción de sistemas de abastecimiento de agua y educación en salud. Los Jefes de Área han elaborado propuestas para obtener fondos de estas organizaciones y de los fondos recientemente creados (FIS, FONAPAZ). Sin embargo, esto toma bastante de su tiempo y ello fue señalado como un factor negativo. Por otra parte, algunos médicos cuestionan el que el gobierno no tenga financiamiento para el sector salud y lo tenga para la creación de los fondos de compensación social.

Patronato

Es importante presentar el modelo de patronato que se está implementando en Santa Lucía Cotzumalguapa, inicialmente para la construcción del CdeS de ese municipio. Además de la construcción del CdeS, este modelo está orientado a brindar servicios de tipo integral, con participación comunitaria, énfasis en medicina preventiva, involucramiento del personal tradicional, descentralización y autosostenibilidad.

Hace un año en SLC se organizó el Comité Pro-Construcción del Centro de Salud, que funciona como Patronato. El Comité está integrado por miembros de la iniciativa privada con formación multidisciplinaria, médicos del sector privado, la municipalidad, el médico director del nivel comunitario del IGSS y la directora del Centro de Salud de SLC.

La directora del CdeS motivó a la comunidad a organizarse en este Comité porque las instalaciones actuales del CdeS son inadecuadas e insuficientes para darle servicio a toda la población que debe cubrir. Se debe recordar que SLC es un poderoso centro fuente de trabajo con una población fija de 77,000 habitantes, sin embargo en épocas de zafra la población llega a 115,000 habitantes y los migrantes representan un 15-20% de la población.

El objetivo de este proyecto es, entonces, satisfacer la necesidad de los usuarios del CdeS de la comunidad, específicamente a personas de bajos recursos económicos, de contar con atención de salud. Al contar con instalaciones apropiadas, se podrán brindar servicios de tipo integral (incluyendo psicólogos, odontólogos, trabajadoras sociales, además del personal actual) y habrá mayor énfasis en medicina preventiva, cuya ejecución y evaluación será realizada por la comunidad. Otros planes futuros incluyen crear unidades móviles, el establecimiento de un área de labor y parto con encamamiento, en donde trabaje una comadrona adiestrada y supervisada por un médico ginecólogo.

Hasta el momento en que se realizó la investigación, además de reunirse periódicamente, el patronato ha logrado ayuda financiera de la Municipalidad, técnica del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas (MCOP) y FUNDAZUCAR. Específicamente, se logró la donación de un terreno aledaño por parte de la Municipalidad, que además "está apoyando para la construcción del Centro de Salud, aportando Q.25,000.00 cada trimestre, al año Q.100,000.00" (Alcalde, SLC); a través de FUNDAZUCAR un arquitecto elaboró los planos de construcción del CdeS y tienen contactos con diferentes ONGs e instituciones como la Fundación Herrera. Próximamente planean llevar a cabo una maratón del ladrillo en las comunidades, utilizando un sistema de "tickets" de diferentes denominaciones que la gente adquirirá, ya que "la gente está entusiasmada en colaborar" (SLC).

Aún cuando todavía se encuentra a nivel de discusión, el patronato planifica crear varias comisiones dentro de la organización y actuar como ejecutor y responsable. Están tratando de negociar con FUNDAZUCAR o el Ingenio Pantaleón para que actúe como ente fiscalizador.

Agrosalud

Agrosalud es una organización guatemalteca, privada, no lucrativa, financiada por guatemaltecos, cuyo propósito es el mejoramiento de la salud del trabajador rural y su familia.

Agrosalud surgió debido a la inquietud de algunos finqueros de la costa sur y Alta Verapaz, de mejorar las condiciones de vida de sus trabajadores. Un estudio realizado sobre aproximadamente 2,000 fincas demostró que más de una tercera parte (36%) de la población guatemalteca, está comprendida por trabajadores de fincas y sus familiares. La mayoría de esta población vive en condiciones y en áreas carentes de un servicio apropiado de atención de salud. El estudio demostró que de este gran segmento de la población guatemalteca, únicamente el 1.5% tenía acceso a un servicio organizado de salud.

Para responder a esta situación, Agrosalud fue organizada en 1978. Desde 1980, ha utilizado la estrategia de atención primaria a través de promotores de salud, implementando un sistema preventivo y curativo en salud. El número de promotores en cada finca depende del tamaño de la propiedad. Por ejemplo, en la finca Cabañas (Senahú-TNT) con 175 trabajadores hay dos y en la finca Moca (Senahú) con un número mayor hay tres. Estos promotores reciben un salario de la finca (en La Constancia, Q110 al mes). Los promotores de Agrosalud son capacitados en Chimaltenango en la Fundación Berhorst; esta capacitación dura seis semanas.

En la actualidad Agrosalud presta servicios a una población que comprende trabajadores de fincas asociadas y sus familias, distribuidos en Alta Verapaz y la costa sur, dándose también en Alta Verapaz, atención curativa al trabajador temporero. En Alta Verapaz hay 10 fincas afiliadas en Telemán, La Tinta, Senahú, Panzós, Tucurú y Cobán. Cubre una población de aproximadamente 17,000 habitantes. Sólo en la finca La Constancia se atienden 1,100 personas y en Moca 3,000.

Cuando un propietario de una finca está interesado en proveer condiciones de salud y ambientales adecuadas a sus trabajadores, solicitan su asociación a Agrosalud. Para asociarse, deben pagar una cuota mensual de acuerdo a la población de la finca. Existe un rango, por ejemplo, cuando se tienen de 0-500 trabajadores, se paga una cuota; de 500-1000 es otra; y así consecutivamente. Además, se pagan los costos de otros programas que lleven el desarrollo de las condiciones de salud de las fincas; por ejemplo la medicina.

Agrosalud va a cumplir diez años de trabajar en Alta Verapaz. Mantiene un buen sistema de información basado en datos reales y utilizables, el cual es usado en vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación del programa.

En general, en medicina curativa provee estos servicios:

- Atención de enfermedades básicas
- Atención de primeros auxilios
- Atención y seguimiento de diagnóstico de diarrea e IRA
- Atención y seguimiento de tuberculosis pulmonar
- Desparasitación dos veces al año
- Accesibilidad de medicamentos básicos a bajo costo
- Referencia de pacientes a los servicios de salud o IGSS
- Seguimiento y tratamiento de pacientes referidos a su regreso (finca Cabañas)
- Atención y seguimiento de malaria en colaboración con SNEM (promotores saben tomar muestras de gota gruesa)
- Atención y seguimiento de oncocercosis con MSPAS
- Atención de embarazo y partos normales

En general, en medicina preventiva brinda los servicios de:

- Educación e información a la población
- Inmunizaciones de 0 a 7 años, cada 3 meses (provista por Agrosalud)
- Orientación familiar en coordinación con Aprofam
- Complementación alimentaria y control estado nutricional
- Salud bucal a escolares (fluor y cepillado)
- Mejoramiento de las condiciones ambientales
- Disposición adecuada de excretas (letrinización)
- Disponibilidad y potabilidad de agua de consumo
- Mejoramiento de la vivienda
- Implantación de estufas de cerámica en viviendas
- Prevención de accidentes

En la finca La Constancia, Telemán, también hay equipo y se provee atención odontológica una vez al mes para los residentes de la finca y otras fincas cercanas.

Cada una de las fincas asociadas en Alta Verapaz cuenta con su propia clínica. Se atiende de lunes a viernes de 8:30 a 11:00 y de 2:00 a 4:00; los sábados medio día; y cuando hay emergencias en domingo o días de fiesta, se manda a llamar a los promotores. Un representante de Agrosalud supervisa las fincas de la región del Polochic una vez al mes.

Como limitaciones de los servicios de Agrosalud, los administradores de algunas fincas y otras personas mencionaron:

- No cuenta con plan de jubilación
- No cubren accidentes, sólo provee primeros auxilios y después refiere a los pacientes. Los accidentes son los problemas más frecuentes en los trabajadores adultos.
- No cuenta con médico
- Los promotores no saben poner sueros intravenosos
- No siempre se cuenta con antiofídicos (finca La Constancia)
- No cubre casos difíciles, debe referirlos a centros de salud. Los casos cubiertos son los de enfermedad que afecta principalmente a los niños pequeños y cuya atención tiende a evitar la mortalidad infantil y preescolar.

"En la finca hay 90 colonos y 10 o 15 temporeros de por acá que vienen en época de cosecha. Los colonos y sus familias reciben todos los servicios de Agrosalud; los temporeros sólo atención en salud y no programas más estables [preventivos]. El IGSS sólo cubre por accidentes por trabajo a los trabajadores afiliados [colonos] y no a sus familias..."
(Encargado finca, PAN)

"En la finca hay 175 colonos. En tiempo de cosecha también se utilizan trabajadores temporeros que también viven en la finca. Estos son voluntarios propios. Tenemos una clínica de Agrosalud y todos los trabajadores están cubiertos: los colonos, los voluntarios propios y sus familias. Estamos afiliados al IGSS pero sólo cubre a los trabajadores afiliados, no a las esposas e hijos. Aquí sólo atienden primeros auxilios y, en casos peores, los refieren al IGSS de Cobán. Cuando los promotores de Agrosalud no pueden atender un caso, los referimos al centro de salud de La Tinta. Ahí se va cualquier caso que no sea accidente ni pueda ser tratado por los promotores, especialmente partos difíciles..." (Administrador finca, TNT)

En el área de Santa Lucía Cotzumalguapa, Escuintla, Agrosalud trabaja en 32 fincas, en su mayoría cafetaleras.

En una de las fincas visitadas el PRS dijo que el servicio es más preventivo que curativo, sin embargo las enfermedades y accidentes leves se atienden allí. Este servicio cubre a los trabajadores permanentes y temporeros y sus familias. Por accidentes de trabajo y partos acuden al IGSS de SLC y para enfermedades graves como apendicitis o diarreas agudas los llevan al Hospital de San Lucas Tolimán en carro de la finca.

El PRS realiza además de acciones curativas, diferentes actividades tales como: visitas domiciliarias para supervisar letrinas, higiene de los alimentos y de los niños; repartición diaria de un vaso de Incaparina a todos los trabajadores; cloración del agua cada 15 días; actividades educativas a través de películas sobre uso de letrinas, quema de basura, cólera, SIDA; venta de Protemás, Incaparina y medicamentos a bajo precio.

Ingenios de Azúcar

Una experiencia exitosa es la prestación de servicios de los ingenios de azúcar más grandes localizados en Santa Lucía Cotzumalguapa.

Una estrategia alternativa que encontraron algunos ingenios para solucionar la situación de salud en que se encontraban sus trabajadores agrícolas fue establecer Centros de Salud (distintos a los de MSPAS) dentro de los ingenios y en las colonias que habitan los trabajadores permanentes y sus familias.

Estos cubren a los trabajadores permanentes, a las esposas, hijos menores de 18 años solteros, en el caso de trabajadores solteros a los padres, a los jubilados y viudas de trabajadores de la empresa, así como a los trabajadores temporeros, brindando servicios de medicina laboral, preventiva, comunitaria, familiar, así como proyectos de desarrollo.

Las instalaciones de estos centros son adecuadas y cuentan con equipo y medicinas necesarias, así como recurso y personal de salud especializado. A los trabajadores de la empresa les proveen en consulta los medicamentos prescritos cuyo valor se les descuenta de su salario, dependiendo de la cantidad gastada y del salario que reciben.

Cuentan con un laboratorio bioquímico con tarifas accesibles dependiendo del examen, por ejemplo: heces (Q1.00), gota gruesa (gratis), orina (Q2.00), embarazo (Q4.00), hematología (Q2.50) y VDR (Q3.00). También funciona una clínica odontológica modular en donde se atiende varios pacientes a la vez. Cuentan con cinco sub-proyectos: 1) educación y promoción en salud dirigido a escolares, con materiales educativos consistente en trifoliales, películas educativas, folleto para colorear y se hace concurso del niño con dentadura más sana conjuntamente con la empresa Colgate; 2) preventivo, les dan cepillo dental, llegan a hacer autoaplicaciones de fluor, trabajan con maestras y 2,400 escolares a la semana, así como con trabajadores y cubren algunas comunidades; 3) curativo dirigido a todas las familias, por reposición de piezas se cobra lo del laboratorio dental; 4) capacitación mensual al personal, ellos escogen el tema y vienen especialistas; y 5) vigilancia epidemiológica y su impacto en la población del IPB (Índice de Placa Bacteriana). El servicio lo dan de 7:00 a 12:00 y de 14:00 a 17:00 de lunes a viernes. Durante la zafra también los sábados de 7:00 a 11:00 am.

Recuperación de costos

A pesar de lo manifestado por el personal de salud entrevistado en Chiquimula, sobre la imposibilidad de cobrar la consulta por el hecho de no tener "recibos" (documento de constancia de pago). La enfermera del CdeS de CLM estaba cobrando la consulta y llevando un registro de los paciente y el monto pagado. Ese dinero lo estaba utilizando para pagar la limpieza del CdeS durante las vacaciones de la persona encargada. En otras oportunidades, el dinero cobrado lo ha utilizado para material necesario para curaciones, para el pago de medicinas de personas extremadamente pobres o para regalos de estímulo a los promotores voluntarios.

El Patronato Pro-Construcción del Centro de Salud en SLC tiene planificado que éste sea autofinanciable, para lo cual se cobrará una cuota mínima, tomando en cuenta un estudio socio-económico del usuario en consulta externa. Se solicitarán cuotas por donación para labor y partos y se instalarán servicios de laboratorio biológico, rayos X, farmacia y servicio odontológico a precios accesibles que generen ingresos.

Personal voluntario

El personal voluntario es una fortaleza en el modelo de salud actual. El reclutamiento y la capacitación del mismo que ha llevado a cabo el MSPAS es posiblemente uno de los aspectos más positivos que vale la pena destacar. La mayoría de los voluntarios entrevistados y que participaron en las discusiones de los grupos focales mostró una gran motivación para trabajar. El sistema que tienen para comunicarse entre ellos es excelente. Ya que basta llegar a alguna comunidad y avisarle a uno de ellos de una reunión para que éste le avise a otros y así sucesivamente.

Hay una incipiente organización de promotores en TNT y CLM. Además, en CLM se ha incentivado a los promotores de salud creando un día del promotor de salud. Estuvimos presentes ese día que se celebra el 25 de febrero durante la feria de Concepción Las Minas. Los promotores recibieron un diploma (donado por la Embotelladora del Pacífico Pepsi), reconociéndoles sus labores durante 1993.

Los promotores de CLM informaron que han realizado actividades recreativas como excursiones y visitas a otras comunidades y eso los incentiva a trabajar. Por otra parte, los promotores de Olopa han escuchado por la radio mensajes dirigidos a los promotores de Concepción Las Minas avisándoles de alguna reunión o excursión y manifestaron que en CLM "sí trabajaban bien" los promotores. Sin embargo, también fue señalado por algunos miembros del sector salud que el sistema va en decadencia por la falta de incentivos a los voluntarios.

Coordinación intersectorial

En casos de emergencia se da la coordinación intersectorial. Por ejemplo, en la emergencia del cólera en OLP se unieron el CdeS con el personal de salud y los insumos y la Iglesia con su "Casa del Enfermo" para prestar atención a los enfermos. En Escuintla, durante la misma epidemia, unificaron esfuerzos los servicios de salud, el IGSS y el sector privado (especialmente las fincas). En las entrevistas, reconocieron que al principio había mucho celo institucional, sin embargo, durante la emergencia se actuó como "sector salud" único para hacerle frente a la situación, ya que el IGSS tenía recurso humano, el MSPAS insumos y el sector privado transporte. La mayoría de los entrevistados reconocieron que debido a esta emergencia y en la mayoría de los casos, a excepción del sector algodónero han continuado trabajando juntos durante jornadas de vacunación y prestando colaboración con lo que a cada uno de los sectores les es posible.

Arriba se presentó la experiencia del Comité Pro-Construcción del Centro de Salud de SLC que surgió como estrategia alternativa del sector salud y cuyo éxito radica en la coordinación y

participación intersectorial con un objetivo común: brindarle servicios satisfactorios a los usuarios, especialmente, a la población más deprimida que no tiene acceso a otros recursos.

Servicio fin de semana y emergencias

En Esquipulas el personal del CdeS se ha organizado para ofrecer servicios durante los fines de semana y emergencias. Cada semana, algún miembro de personal está de turno. Lo que ha facilitado esta organización es que la mayoría del personal de salud vive en Esquipulas. Algunos promotores en otros lugares se mostraron interesados en organizarse para proveer primeros auxilios en los servicios de salud durante los fines de semana.

En La Tinta cuentan con servicios las 24 horas del día y los fines de semana. Además tiene servicio de ambulancia.

En SLC y GOM durante la epidemia del cólera se instalaron UTC en casi todas las aldeas, caseríos y fincas, prestando servicio de 24 horas, incluyendo el fin de semana.

Estrategia de Comunicación

En Chiquimula, se han utilizado formas de comunicación alternativa para la educación en salud. También, con algunas dificultades, se ha usado la radio para transmitir mensajes de salud. El Programa Latinoamericano de Niño a Niño que funciona en CLM elabora semanalmente una cartelera que incluye temas de salud y se coloca en la Municipalidad. En Chisec cuentan con autoparlante para transmitir mensajes de salud.

En el Cuadro 2 se resumen los principales aspectos positivos encontrados.

CUADRO 2

ASPECTOS POSITIVOS DE LOS SERVICIOS

Acceso

- * Buenas vías de comunicación, fácil traslado (TNT, CLM, GOM, SLC)

Instalaciones

- * Centro de Salud (TNT)
- * Bodega para alimentos (CLM)
- * Tienen laboratorio (SLC, TNT, OLP)
- * Provisión de agua potable a la comunidad (CHI)

Recursos

- * Tienen medicinas (GOM, CLM)
- * Cobran la consulta, aún sin recibos (CLM)

Coordinación

- * Buena comunicación intersectorial (GOM)
- * Coordinación con la Municipalidad y otros del sector público, especialmente en emergencias (CHI, CLM, ESQ, OLP, SLC)
- * Coordinación con sector privado (CHI, TNT, CLM, ESQ, OLP, SLC)

Personal Voluntario

- * Buena relación/ comunicación entre PRS y TSR (CLM, GOM, SLC)
- * Buena capacitación comadronas (GOM, SLC)
- * Buena participación de las comadronas (GOM)
- * Celebración del día del promotor (CLM)
- * Actividades recreativas con promotores (CLM)
- * Reconocimiento a promotores (CLM)
- * Reciben sueros y aspirinas (CLM)

Servicios

- * AGROSALUD (TNT, SLC)
- * Donación de alimentos de CARE (GOM, TNT)
- * Buena atención médica o enfermería (TNT, SLC, CLM)
- * Servicio de ambulancia (TNT, PAN)
- * Hospitalización de casos no muy serios (TNT)
- * Amplia cobertura (Polochic -TNT)

Supervisión

- * Al personal por la enfermera graduada (CLM)

Emergencias

- * Horario especial en fin de semana (ESQ), emergencias (OLP)
- * Servicio 24 horas y fin de semana (TNT)
- * Coordinación intersectorial durante emergencias (GOM, CHI, TNT, OLP)

Promoción, Comunicación

- * Promoción con títeres, radio, autoparlante (CHI, CLM)
- * Promoción de vacunación por radio (CLM, ESQ)

En la selección de las comunidades de estudio, se trató de incluir "casos críticos" como una técnica de muestreo de estudios cualitativos. Por ello, en cada Área de Salud, se seleccionó una comunidad con "mejor" y otra con "peor" sistema de atención de salud, tomando en cuenta principalmente el grado de participación comunitaria lograda alrededor de los servicios de salud. Así pues, se intentó comparar la atención de salud entre Chisec y La Tinta (Alta Verapaz), Olopa y Concepción las Minas (Chiquimula), La Gomera y Santa Lucía Cotzumalguapa (Escuintla).

Una consideración acerca de esta comparación es que las comunidades estudiadas son, en la realidad, comunidades muy disímiles. Por ejemplo, mientras que OLP es una comunidad relativamente aislada con población indígena, CLM es una comunidad accesible, con muchos recursos de transporte privado y nivel socioeconómico alto gracias a las divisas provenientes de los migrantes y con una población completamente ladina.

Sin embargo, en el análisis y resumen presentado en el Cuadro 2 de los aspectos positivos identificados resulta claro que la mayoría de ellos se dan en aquellos lugares considerados por el MSPAS más exitosos y con mayor grado de participación.

2. El nuevo modelo de atención de salud del MSPyAS

Aunque no fue posible revisar alguno de los documentos que presentan el "nuevo modelo de atención de salud" del MSPAS, en las entrevistas con el Ministro de Salud y la Sub-directora de la Dirección General de Servicios de Salud, se indicó que algunos de los elementos del nuevo modelo son: la "participación comunitaria", el "desarrollo local", el "involucramiento del personal tradicional", el "involucramiento de las Municipalidades" y la descentralización. Examinaremos aquí, a la luz de la información recabada, las formas en que se han implementado en el pasado estos conceptos.

Participación comunitaria

En general, la dinámica actual de participación en salud es pasiva. No ha habido un verdadero intento de que la población participe en el diagnóstico de sus problemas de salud y en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de salud.

Por ejemplo, las tareas que cumple la población en muchos servicios de salud son pasivas, tales como empacar alimentos donados, hacer la limpieza del servicio. Algunas veces la

población ha participado en actividades de construcción, tal como en la construcción de Unidades Mínimas de Salud, pero esos esfuerzos no han tenido continuidad.

La participación ha descansado en la formación de líderes, tales como los promotores de salud y las comadronas, muchas de las cuales ya son comadronas empíricas que entonces son capacitadas por el sistema de salud. Nuevas comadronas están siendo capacitadas en igual manera que promotores, no siempre con resultados exitosos. La capacitación se imparte en cursos que tampoco utilizan metodología participativa.

Como se vio las tareas que cumple el personal voluntario están muy enfocadas a las necesidades de los servicios de salud, tales como promover la vacunación y realizar la "canalización", que en la práctica, resulta poco más que un censo.

Algunas de las dificultades para la participación en salud que fueron identificadas son:

- a) El cuidado de la salud no atrae tanto como otros problemas prácticos, como por ejemplo, agricultura, agua, letrinas, electricidad, construcción de salón comunal (mencionado por líderes comunales y miembros de comités).
- b) El incumplimiento, falta de compromiso del personal de salud para con el personal comunitario ya fue señalado como un problema importante. El personal de salud muchas veces cita y no acude a las citas o acuden tarde. Prometen y no cumplen.
- c) La participación funciona solamente cuando es del interés del personal de salud, por ejemplo, para la distribución de alimentos, para controlar emergencia del cólera, para lograr la "modificación de actitudes y comportamientos" mediante la educación en salud.
- d) Al capacitar al personal voluntario, el personal de salud pretende controlar la relación, centralizando la relación de los voluntarios y anulando la comunicación entre ellos como era común tradicionalmente. Por ejemplo, a pesar de la excelente red de comunicación entre ellos, los promotores y las comadronas no se reúnen independientemente de las reuniones en los servicios de salud, ni hay muchos intentos o apoyo para la organización.
- e) Apoyo a élites locales. Las mismas personas suelen estar en todos los comités, son promotores de diversas instituciones. El tiempo de estas persona es un factor limitante.

Algunos de los facilitadores de la participación son los siguientes:

- a) Hay personas genuinamente interesadas en participar en salud y otros problemas de la comunidad. La mayoría de los promotores y comadronas reúnen estas características.
- b) En las comunidades existe la tradición de participación en emergencias, tales como de salud, funerales.
- c) Organizaciones y formas de comunicación locales, por ejemplo las redes de comunicación ya existente entre los promotores son un aspecto facilitador de la participación.

Durante la investigación, informantes de distintos sectores hicieron notar riesgos de lo que se está llamando "participación social", tales como:

- a) Es quitarle la responsabilidad al gobierno. La prestación de servicios gratuitos es necesaria. La salud debe verse como un derecho del individuo. Hay un segmento grande de la población que no puede pagar por servicios de salud (mencionado principalmente por miembros de ONGs y de la Iglesia).
- b) Existe falta de estándares para los servicios de salud proporcionados por ONGs y personal voluntario. La gente no quiere "medicina de segunda". Quieren buena medicina "que cure". Quieren ser atendidos por médicos. Esto fue mencionado por personal de los servicios de salud.
- c) También dentro del sector salud se habla de que la estrategia es "privatizar" todos los servicios de salud. En las mantas colocadas en los servicios de salud durante la huelga se lee; "No a la privatización".

Involucramiento del personal tradicional

No ha habido hasta el momento ningún intento de involucrar a los proveedores de atención de salud del sector tradicional o popular en los servicios del MSPyAS. Las opiniones respecto a esta posibilidad fueron muy variadas, ya que algunos miembros del personal de salud estaban de acuerdo y otros manifestaron enfáticamente su oposición.

"Sí, nos gustaría trabajar con ellos, pero ellos nos tienen temor por la misma actividad que realizan, porque nosotros no creemos en ojo, empacho, caída del estómago o de la mollera".

"Sí, bueno, colaborando pero no en el puesto porque son diferentes los campos en los que cree cada uno. Por ejemplo a los curanderos, como los conocen [la comunidad], dirían que bueno [a cualquier tipo de tratamiento]."

"No quiero contacto con ellos y no se pueden incorporar al servicio porque no aceptarían ser capacitados por el puesto de salud".

"No le parece en nada, muchas complicaciones que se dan es debido a que consultan con ellos y al final consultan con el médico. A nivel personal no puede trabajar con ellos. Los naturistas se podrían incorporar porque 70% entienden de plantas curativas".

Algunos entrevistados opinaron que sería bueno adiestrarlos como promotores de salud, dados los pocos recursos con que actualmente se cuentan.

"Podrían ser de mucha utilidad como vehículo [para ser aceptado dentro de las comunidades]."

"Duda que ellos lo puedan hacer. Talvez algunos, pero por su cultura mágico/religiosa sería difícil. Podrían capacitarlos para que ellos los introduzcan a la comunidad y aprovechar el liderazgo que ya tienen "

"Sería ideal utilizar cuanto recurso hay allá. Aprender a conceptualizar, el respeto a la cultura es algo que nunca se debe de perder. Ella [directora] quiere incorporarlos, pues considera que son importantes en la comunidad."

Por su parte proveedores tradicionales tales como curanderos, sobadoras, hueseros, inyeccionistas que fueron entrevistados manifestaron haber tenido muy poca o ninguna relación con los servicios de salud, porque nunca se les ha tomado en cuenta y, en algunos casos, por falta de tiempo, de interés o de recursos económicos.

"[No] por falta de recursos económicos, porque si recibo una capacitación, dejaría de trabajar y es parte de mi ingreso familiar."

Consultados si les gustaría ser capacitados la mayoría mostró interés en ser capacitados para recetar, inyectar o poner sueros y algunos como promotores de salud. En algunos casos opinaron que para mejorar el estado de salud de la población se debería unir esfuerzos.

"Que el CdeS uniera los recursos que hay en la comunidad, como las farmacias, curanderos tradicionales y otros".

"Sí, sería bueno que nos dieran orientación de algunas medicinas que podemos recetar para curar a la gente o de algo que nosotros no sabemos. Yo con mucho gusto podría colaborar, hasta podríamos hacer una colecta para ayudar a la gente que más lo necesita." (CLM)

Sin embargo, algunos otros se mostraron escépticos a estas ideas debido a que en alguna oportunidad el personal de salud del MSPAS o del IGSS los había entusiasmado y luego no volvieron. Otros consideran que el don de sanación que tienen no proviene de alguna capacitación sino les ha sido dado por Dios.

"Definitivamente no, porque Dios me depositó este don en mí para curar y ayudar a los pobres necesitados. No necesito capacitación, basta con el don que Dios me encomendó".

"No. La gente viene para que yo cure enfermedades que ni los doctores, ni enfermeras, ni los hospitales, ni tratamientos caros pueden curar. Yo tengo un don de Dios para sanar a los enfermos. La gente viene, me dice qué es lo que tiene, o sólo dicen el dolor que tiene y yo inmediatamente sé de qué se trata, si del corazón o del hígado o de los riñones y los curo." (CLM)

Involucramiento de las Municipalidades

Los Alcaldes entrevistados manifestaron que han colaborado con los servicios de salud y señalaron actividades específicas de colaboración, por ejemplo, de transporte para la vacunación o en casos de emergencia, de reparación de equipo en mal estado, de promoción y coordinación durante la emergencia del cólera y otros. Ya se mencionó, por ejemplo, que la Municipalidad de SLC está donando dinero al Comité Pro-Construcción del CdeS.

Sin embargo, los Alcaldes no se ven así mismos administrando los fondos para servicios salud. Algunos alcaldes nuevos son muy jóvenes y carecen de experiencia, en general, y en administración. Ellos pueden colaborar discutiendo los proyectos en la Corporación Municipal y a veces donando del dinero que ellos manejan. Sin embargo, hicieron ver que las dificultades que han tenido para que se haga efectivo el 8% de fondos que les da el gobierno central, hacen prever dificultades semejantes en el manejo de fondos del sector salud.

Desarrollo Local

Un intento de incluir el desarrollo local en el modelo de salud fue el de las UDRIS creadas en Alta Verapaz para "incentivar y concretizar la coordinación de todas las instituciones del Area de Salud de Alta Verapaz, para que aunando esfuerzos contribuyan al desarrollo económico y social de las comunidades con menos de 2,000 habitantes". Básicamente, éstas pretendían integrar a los tres pilares del desarrollo: salud, educación y agropecuaria. Inicialmente fueron creadas 56 UDRIS. Sin embargo, debido a la falta de apoyo y poca importancia que se les ha dado, la mayoría ya no funcionan. No se realizó algún estudio que documentara la experiencia, evaluara sus efectos e impacto. Tampoco se les está dando algún seguimiento a las UDRIS que continúan funcionando.

Descentralización

De acuerdo a los informantes, "todo" continúa centralizado: recursos, decisiones, "capacidad de resolución", etc.

3. Visión sobre el nuevo modelo de atención de salud del MSPyAS

En Escuintla el personal de salud está muy poco informado sobre el "nuevo modelo de atención en salud" por un lado, y por el otro se mostraban escépticos respecto a este, ya que por lo que habían oído, el objetivo del mismo era trabajar mejor con los mismos recursos, lo cual ellos consideran difícil.

"Que nosotros como personal comunitario tenemos que velar que en las comunidades no haya tanto cólera, que los niños estén vacunados, o sea trabajar con el mismo material que tengamos."

"Me parece bien, pero que las personas que están dirigiendo esto [creando este modelo] hagan una práctica y si funcionan pues que lo apliquen."

El personal de GOM se quejó de que en la elaboración de este modelo, La Gomera no había sido tomada en cuenta, lo cual les parecía ilógico, por tener ellos una amplia población que cubrir y problemas específicos que resolver.

"El está inconforme por el Distrito de Salud de La Gomera porque debió haber sido discutido con todos [el modelo]. Es el sindicalista y tiene el plan; pero sin darlo a conocer al personal para que pudieran deliberar al respecto, porque se tienen mayores acciones de fondo, uno conoce más a fondo las comunidades y las medidas son mas efectivas, pero cuando se

trabaja detrás de un escritorio sin conocer la triste y cruda realidad que existe, no son tan funcionales. Hay que echarlo andar, tiene muchas metas, muchas acciones de desarrollo que si se hubieran dialogado con el plan local tuvieran más impacto en su acción." (AdeE, GOM)

En Chiquimula, el personal de CdeS entrevistado manifestó que conocen algo del nuevo modelo y que les parece que "el nuevo modelo no es tan nuevo", "no es novedoso" para ese departamento "porque es algo que uno viene haciendo siempre". El modelo de atención de salud de Chiquimula está basado en la estrategia de APS que busca la extensión de cobertura a través de voluntarios de salud. El proceso de "canalización" implementado en Chiquimula consiste en sectorizar a la población en sectores de 30 familias cada uno las cuales están bajo la responsabilidad de un promotor de salud. A su vez, cada promotor está bajo la supervisión de un miembro del personal de salud. Expresaron que en el pasado este modelo estaba funcionando mejor, pero por falta de recursos en la actualidad ya no está funcionando.

En Alta Verapaz, el personal de salud está bien enterado sobre los esfuerzos para definir un nuevo modelo de atención en salud, especialmente en la JdeA, en la que han trabajado mucho para el diseño del mismo. El Diagnóstico elaborado por la JdeA en conjunto con consultores del MSPAS está bastante completo. La preocupación básica en esta Area son dos condiciones que consideran básicas para la implementación del nuevo modelo: a) la voluntad política y b) los recursos disponibles. Se quejaron de que para la elaboración del nuevo modelo les han pedido calcular costos de la remodelación de las instalaciones, algo que debería hacer un ingeniero y no un médico.

"Yo soy médico, yo no le puedo poner costos de cuanto necesito para arreglar el hospital de Tukurú ... estaría loco yo haciendo eso. Como que a un ingeniero [se le preguntara] cuánto pide usted por una cesárea?" (Médico, Cobán)

Se mencionó que hay rumores que las fincas/ finqueros tienen un plan con Agrosalud y la Universidad de Tulane, para que el CdeS de La Tinta sea manejado por un patronato y así mejorar los servicios. Se puede prever resistencia de parte del personal a este arreglo, especialmente si la Directora del CdeS está involucrada ya que, como se mencionó anteriormente, las relaciones interpersonales en este servicio son muy malas, el personal está dividido en dos grupos antagónicos, uno pequeño con la Directora y el otro mayor con el Administrador del CdeS.

Cabe hacer notar que la actitud más saliente percibida en el personal de salud es el escepticismo a que el nuevo modelo se eche a andar y que funcione. Muchos informantes manifestaron que ya antes se ha hablado de descentralización, por ejemplo, pero que todo ha continuado centralizado: los recursos, las órdenes, los lineamientos. Esperan que se cumpla, pero hay mucha falta de credibilidad en el gobierno central.

"Hemos oído que se piensa cambiar todo el sistema, se piensa darle una reorientación al modelo de salud. Esperamos que se cumpla, sobre todo que los ofrecimientos se lleven a la realidad y que no se quede nuevamente en nada."

También hubo comentarios sobre el financiamiento que requeriría implementar un nuevo modelo y dudas respecto a si los organismos internacionales estarían dispuestos a hacer tal inversión.

VI. CONCLUSIONES

A. Los problemas de la atención en salud

El estudio ha pretendido presentar una descripción de los principales problemas relacionados al bajo rendimiento y la baja utilización de los servicios de salud pública, desde el punto de vista de los diferentes informantes consultados. Para concluir sobre los problemas identificados, encontramos útil agruparlos en tres categorías relacionadas: (1) los problemas "de fondo" relacionados con los recursos materiales y humanos y la infraestructura física, (2) los problemas "intermediarios" relacionados con la organización de los servicios y (3) los problemas de "primer plano" (más próximos al observador y al usuario) relacionados con la calidad de la prestación de servicios.

Estas categorías, como en una pintura, todas forman parte de una visión de conjunto sobre el actual modelo de atención de salud, guardando estrecha relación entre sí, por lo que no siempre están claramente demarcadas. No es el alcance de un estudio cualitativo indicar relaciones de causa-efecto entre variables y no debe interpretarse de esta manera la agrupación, en categorías, de los problemas encontrados. La categorización surgió de la revisión de los datos (textos) y se convirtió en una forma útil para su comprensión y sumariaización.

1. Problemas relacionados con recursos materiales y humanos

Los recursos económicos disponibles al sector salud son claramente insuficientes, de acuerdo a todos los informantes consultados del sector salud, del sector público y privado. Esto se refleja en insuficientes (y en algunos casos inexistentes) medicamentos, en falta de equipo, en insuficiente transporte y combustible para operar el escaso transporte disponible, en bajos salarios y falta de viáticos para actividades fuera del servicio y con personal voluntario. Es de hacer notar que durante el tiempo que se realizó este estudio y hasta la fecha, el personal de salud mantiene una huelga en demanda de mejoras salariales. El personal de salud mantienen que los salarios que perciben son bajos.

En cuanto a recursos humanos, la falta de personal de salud, especialmente de médicos y de personal especializado (por ejemplo, técnicos en laboratorio y rayos X) surgió como tema importante en las entrevistas con el sector salud y con los usuarios y no usuarios de los servicios.

La infraestructura de salud (hospitales, centros, puestos) fue un tema menos saliente en las discusiones aunque representantes de comunidades lejanas ven la necesidad de contar con unidades físicas mínimas para la provisión de servicios de salud. El acceso físico a los servicios de salud es un problema importante principalmente en lugares de Alta Verapaz y en algunos de Chiquimula.

2. Problemas de organización de los servicios

En la segunda categoría de problemas surgieron como importantes para el sector salud los temas de la centralización de recursos y verticalidad en las decisiones tomadas de "arriba para abajo"; la determinación de coberturas basada en datos inadecuados y en divisiones geopolíticas no siempre adecuadas en términos de distancias y recursos; el personal comisionados a otros lugares y no a aquéllos a los que están asignados; la falta de supervisión en todos los niveles; y la selección, capacitación y relación con el personal voluntario.

3. Problemas relacionados a la calidad de los servicios

Finalmente, en la tercera categoría se encontraron los problemas relacionados a la calidad de los servicios prestados que son más aparentes para los usuarios y no usuarios de los servicios y para observadores del sector público (no de salud pública) y privado. Estos tienen que ver con el incumplimiento del personal que labora en los servicios (especialmente de los médicos), el horario limitado de los servicios, los largos tiempos de espera, la falta de exámenes comunes y especializados, la falta de atención de emergencias y dificultades en la referencia de pacientes graves y el trato brindado a las personas por el personal de salud que muchas veces se siente discriminado por grupo étnico, idioma y nivel socioeconómico.

Los problemas que más afectan la utilización de los servicios de salud, de acuerdo principalmente a los usuarios y no usuarios, son: la falta de medicamentos, la falta de personal, especialmente de un médico y los demás elementos relacionados a la calidad de la atención, especialmente el trato recibido.

B. Aspectos positivos en la atención en salud

Los aspectos positivos encontrados son aislados, pero se destacan tres experiencias exitosas que incluyen algunos elementos de los que podría ser un nuevo modelo de atención de salud.

1. Experiencias exitosas

a) Patronato Pro-Construcción de un Centro de Salud

Una de las experiencias positivas encontradas fue la organización del Comité Pro-Construcción del CdeS de SLC en Escuintla. Este proyecto se concibió como estrategia alternativa del sector salud que involucra a todos los sectores de la población, con el objeto de brindar servicios que satisfagan la necesidad de los usuarios, especialmente la población más deprimida que no tiene acceso a otros recursos.

A través de instalaciones adecuadas, se tiene planificado brindar servicios de tipo integral, dar un mayor énfasis a la medicina preventiva, participación comunitaria, involucramiento del personal tradicional, descentralización y autosostenibilidad.

Se han estado reuniendo durante un año, miembros de los diferentes sectores con formación multidisciplinaria, logrando hasta ahora ayuda financiera de la Municipalidad, técnica del MCOP y FUNDAZUCAR y recursos humanos, ya que varios sectores están trabajando en diferentes campos.

b) Centros de Salud en los Ingenios

En el mismo departamento de Escuintla, una estrategia alternativa que encontraron algunos ingenios para protección de sus trabajadores fue la creación de varios Centros de Salud (diferentes a los del MSPAS) ubicados en los ingenios o en las colonias que habitan los trabajadores permanentes y sus familias. El Centro de Salud Adelina del Ingenio Pantaleón atiende a las esposas, hijos menores de 18 años solteros; en el caso de trabajadores solteros a los padres; jubilados y viudas de trabajadores de la empresa.

El Centro de Salud del Ingenio Pantaleón atiende a los trabajadores permanentes (200) así como a los temporeros (1,400) brindando servicios de medicina laboral (durante la zafra 24 horas todos los días), preventiva, medicina comunitaria, familiar, así como proyectos de desarrollo. Cuentan con laboratorio bioquímico que hace exámenes de heces, gota gruesa, orina, embarazo, hematología y VDR, para lo cual tienen diferentes tarifas de cobro.

También funciona una clínica odontológica modular en donde se atiende varios pacientes a la vez. Cuentan con cinco sub-proyectos: educación y promoción en salud, preventivo, curativo, capacitación mensual al personal y vigilancia epidemiológica.

c) Agrosalud

Agrosalud es una organización privada, no lucrativa, de prestación de servicios de salud para un sector anteriormente carente de los mismos, los trabajadores agrícolas. Los servicios son contratados por finqueros afiliados que pagan una cuota mensual de acuerdo a la población de la finca.

Otros aspectos positivos

Uno de los aspectos positivos del IGSS es que su presupuesto es 6 veces mayor que el del MSPAS lo que le permite tener más medicamento y equipo y más recurso humano especializado (Director del IGSS de Escuintla, Director del CdeS de GOM). Cuentan con mejores instalaciones, transporte y partidas para gasolina, salarios y viáticos para personal comunitario como promotores y comadronas. Sin embargo, según las opiniones de los usuarios los servicios son deficientes. Asimismo, según los encargados de fincas entrevistados el IGSS no cubre a trabajadores agrícolas temporeros.

Aspectos positivos en cuanto a infraestructura son, por ejemplo, las buenas vías de acceso a lugares lejanos como La Tinta, Alta Verapaz lo que facilita alcanzar la utilización de los servicios por parte de la población y el logro de la cobertura establecida por parte de los servicios, la supervisión y el traslado de emergencias. Otro aspecto positivo son las modernas instalaciones encontradas en el mismo lugar, aunque las mismas son sub-utilizadas.

En cuanto a la organización de los servicios su mayor fortaleza es la red de personal voluntario a nivel de las comunidades que ha sido seleccionado y capacitado. En algunos lugares hay una incipiente organización de los mismos y buenas relaciones con el personal de salud. También se encontró en un sólo lugar que se ha establecido un modesto sistema de incentivos para este personal. Sin embargo, el componente de personal voluntario, en general, viene en decadencia.

VII. RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES DE LOS HALLAZGOS PARA EL NUEVO MODELO DE ATENCION DE SALUD

El modelo de salud que se proponga debe tener elementos generales para todo el país, pero es claro que la implementación a nivel local tendrá elementos específicos para el área y para el funcionamiento de servicios específicos como hospitales, CdeS tipo A, CdeS tipo B, PdeS, UdeS y de población en circunstancias particulares, como la población migrante o la población más aislada. Se presentan primero las pocas recomendaciones ofrecidas por el sector salud consultado y recomendaciones provenientes de usuarios y no usuarios de los servicios. En seguida se esbozan los elementos generales que se discuten a continuación deben ser tomados en cuenta para la formulación del modelo de atención de salud.

A. Recomendaciones de Sectores Consultados

Recomendaciones del sector salud

Las recomendaciones ofrecidas por el personal de salud entrevistado no fueron muchas ni novedosas, girando principalmente en torno a la provisión de mejores salarios a los trabajadores y "recursos de todo tipo" para el adecuado funcionamiento de los servicios. También es una recomendación del sector salud la descentralización de los recursos que le permita a las áreas mayor capacidad de ejecución.

Por su parte, los voluntarios de salud también recomendaron se les recompensara económicamente, sino con un salario, al menos con los viáticos cuando asisten a los servicios para capacitaciones y otras actividades. Otras recomendaciones del personal voluntario son la de recibir más capacitación y obtener medicamentos básicos para la atención de pacientes en sus comunidades.

Recomendaciones de los beneficiarios actuales y potenciales

Las recomendaciones ofrecidas tanto por usuarios como por no usuarios de los servicios estuvieron relacionadas con la provisión de medicamentos gratuitamente o a muy bajo costo, la presencia de un médico o enfermera calificada en los servicios de salud y el cumplimiento con el horario de trabajo todos los días (que los servicios de salud se mantengan abiertos en el horario indicado y los fines de semana para emergencias). Además, los usuarios y no usuarios desean recibir del personal de salud un trato no discriminatorio por grupo étnico/ idioma o condición socioeconómica.

B. Recomendaciones de la Investigación

Las recomendaciones provenientes de la investigación toman en cuenta las opiniones recibidas de los distintos entrevistados y las observaciones hechas durante la misma.

Recursos económicos

Es absolutamente necesario que el sector salud maneje una mayor cantidad de fondos. El gobierno debe asignarle más fondos al sector salud, éste constituye el financiamiento estable, seguro. Al mismo tiempo, otras fuentes de financiamiento como organizaciones internacionales, ONGs y los fondos de compensación social como el FIS, deben ser identificadas para atraer fondos al sector salud.

La infraestructura física de salud

La infraestructura existente (en el lugar) tal como hospitales, centros de salud, puestos de salud y algunas unidades mínimas de salud debe ser tomada en cuenta y mantenerse. No deben abandonarse y/o crearse una infraestructura paralela, sino aprovechar la existente, incluso retomando aquélla que ha sido abandonada.

La provisión de agua potable y el saneamiento del medio (provisión de letrinas y disposición de basuras) deben ser consideradas parte de la infraestructura de salud, como dos condiciones absolutamente necesarias para lograr la salud de la población. En lugares (por ejemplo, CHI y OLP y sus aldeas) donde las malas vías de comunicación son un problema para alcanzar la cobertura, la participación, la supervisión y el traslado de las emergencias, es imprescindible mejorar las mismas. Junto con la provisión de agua y saneamiento, las vías de acceso a las comunidades deben verse como parte de la infraestructura de salud.

Por ello, debe ponerse especial énfasis en los programas de agua y saneamiento como parte del enfoque en salud preventiva y en el mejoramiento de las vías de acceso. Se deben buscar los medios para dotar a la población de estos servicios. El Ejército de Guatemala, por ejemplo, podría colaborar en la instalación de sistemas de abastecimiento de agua, en la fabricación de letrinas y en la construcción y mejoramiento de caminos.

Recuperación de costos

Se deben ensayar distintas modalidades de recuperación de costos en los diferentes tipos de servicios (hospital, CdeS y PdeS). Deben estudiarse y facilitarse los mecanismos legales para ello. En los hospitales, por ejemplo, una alternativa es privatizar algunos pisos de los mismos lo que permitiría que se utilicen sectores actualmente abandonados. Así mismo, pueden cobrarse algunos servicios especializados.

Es necesario que se recuperen algunos de los costos de los servicios de salud en los CdeS y PdeS. La consulta debe cobrarse sin necesidad de "recibos" y revisarse el costo de la misma. Este puede subir de los Q0.25 que actualmente deberían de estar cobrando a Q.50 ó Q1.00, dependiendo del lugar. Además, las personas que pudieran dar un donativo mayor a Q1.00 subsidiarían a aquellos usuarios que no pudieran pagar los servicios.

Como se dijo, las medicinas pueden igualmente cobrarse a un precio más bajo que el de las farmacias, tal como lo hacen los dispensarios parroquiales. Las personas que puedan pagar más, subsidiarían a aquellas que no lo puedan hacer.

Los servicios especializados como de laboratorios, rayos X, odontología, atención de labor y partos que se deben ofrecer en los CdeS Tipo A deben ser cobrados.

La recuperación de costos requiere de un buen sistema de evaluación de la capacidad de pago del usuario. Actualmente, el estudio socio-económico del usuario lo realiza la sección de trabajo social en los hospitales. Las bases del mismo deben revisarse, validarse y adaptarse a las condiciones locales, incluyendo el nivel de CdeS y PdeS.

Debe tratar de replicarse una de las experiencias positivas encontradas como es la organización del Comité Pro-Construcción del CdeS de SLC. Este comité, que funciona como patronato, se concibió como estrategia alternativa del sector salud que involucra a todos los sectores de la población, con el objeto de brindar servicios que satisfagan la necesidad de los usuarios, especialmente la población más pobre y sin acceso a otros recursos.

A través de instalaciones adecuadas, se tiene planificado brindar servicios de tipo integral, dar un mayor énfasis a la medicina preventiva, participación comunitaria, involucramiento del personal tradicional y descentralización. Para que el proyecto sea autofinanciable, se cobrará una cuota mínima, tomando en cuenta un estudio socioeconómico del usuario en consulta externa, cuotas por donación para labor y partos y contar con laboratorio biológico, rayos X, farmacia y servicio odontológico a precios accesibles que generen ingresos.

En cuanto a la recuperación de costos, debe tenerse siempre presente, sin embargo, que la salud es un derecho del individuo y que no puede ser sólo un privilegio de los que pueden pagar. Además, se debe tomar en cuenta que el sector salud no es el único que está actualmente interesado en la recuperación de costos, sino también otros sectores (electrificación, educación, construcción de obras públicas, etc.), aumentando así la carga de desembolso económico para el usuario.

Descentralización

La descentralización de recursos económicos y de planes de salud parece ser algo deseado por todo el sector salud y recomendable. Debe precisarse la naturaleza de la descentralización, así como facilitar a las Areas de Salud un administrador capaz y honesto que se haga cargo de las finanzas y la consecución de fondos de fuentes alternativas.

Apoyo al personal voluntario

El personal voluntario de salud es, sin duda alguna, una gran fortaleza del sistema de atención en salud actual. Se debe dar apoyo a este personal de varias maneras.

a) Recapacitar

Se debe recapacitar a los promotores ya en el sistema. La recapacitación debe tomar en cuenta los problemas de salud más importantes del área en que trabajan. Además, dentro de la recapacitación deben haber explicaciones concretas acerca de las características y el funcionamiento de un nuevo modelo de atención en salud.

Las comadronas deben ser recapacitadas haciendo énfasis en las emergencias obstétricas y neonatales. Actualmente, un modelo de ese tipo está ensayándose en Quezaltenango con buenos resultados en cuanto al aumento de referencias oportunas y la disminución de las tasas de mortalidad materna y neonatal.

b) Capacitar

Además, capacitar a más promotores de manera que efectivamente haya un promotor por cada 50-100 familias (250-500 personas).

Mucho de este personal está dispuesto a recibir más capacitación en salud y en otras áreas. En lugares a donde actualmente no llegan los servicios de salud se pueden identificar promotores que deseen capacitarse como auxiliares de enfermería para atender puestos de salud o unidades mínimas de salud.

c) Medicamentos

Los promotores podrían recibir préstamos para equipar un pequeña venta de medicinas comunal o recibir una dotación de medicinas para un botiquín. Las medicinas las pueden vender a bajo costo a las personas que soliciten sus servicios. Al recuperar los costos de las medicinas, podrían volver a surtir su botiquín. De esta forma están actualmente trabajando promotores de APROFAM.

d) Incentivos

El personal voluntario podría recibir un carnet de identificación, ayuda en alimentos y/o con materiales y medicamentos, reconocimiento de sus años de servicio.

e) Organización

Se debe fomentar la organización del personal voluntario en comités de promotores y comadronas. Estos comités pueden por sí mismos gestionar fondos para proyectos de salud de beneficio para sus comunidades. También pueden solicitar las capacitaciones necesarias.

Supervisión

En cada comunidad, alguno de los comités existentes o un comité de salud establecido con ese propósito y que tenga como miembros a representantes de otros sectores/ instituciones debería ejercer tareas de supervisión de los servicios de salud. Este comité velaría, por ejemplo, porque se cumplan los horarios de servicio, porque el personal cumpla con sus horas de trabajo y atienda en forma no discriminatoria, cortésmente y de manera eficiente y eficaz a los usuarios. Además, los usuarios tendrían una instancia a la cual podrían acudir para presentar sus quejas sobre el servicio y sus sugerencias.

Los promotores organizados en comités podrían también cumplir con esta función de supervisión de los servicios de salud.

Sistema de incentivos

Se debe establecer un sistema de incentivos a todos los niveles. Aunque el incremento de salarios al personal de salud es lo que el sector está demandando mediante una huelga nacional, otros incentivos no deben desestimarse. El pago de viáticos para actividades especiales es necesario para el personal de los servicios y el personal voluntario. Para éste último, como se

mencionó, un carnet de identificación, ayuda en alimentos y/o con materiales y medicamentos, reconocimiento de sus años de servicio constituyen estímulos.

Estrategia para trabajadores agrícolas colonos y migrantes y para poblaciones aisladas

La organización de Agrosalud provee un buen modelo de atención primaria de salud a los trabajadores agrícolas y grupos de población aislada. Tener algún modelo de atención en salud debería ser obligación de todas las fincas (las algodoneras actualmente no cuentan con atención en salud).

Provisión de servicios

El énfasis debe ser en la atención primaria de salud y en el componente preventivo (incluyendo el abastecimiento de agua y el saneamiento). Sin embargo, no debe olvidarse que la salud de las personas es la manifestación de sus condiciones de vida y de trabajo. Para mantener la salud (enfoque de prevención y promoción) es necesario tener una salud que mantener, es decir, estar en condiciones saludables. Además, la salud debe verse como un derecho de todo ser humano, que no debería ser un privilegio de los que pueden pagar. Por lo tanto, a la par del enfoque y actividades preventivas, hay necesidad de proveer servicios curativos y un sistema de atención de las emergencias. Las personas juzgan la calidad de un servicio en la medida en que éste resuelve sus problemas actuales. Si el servicio no es capaz de atender las enfermedades comunes o prestar auxilio en caso de emergencias se desprestigia rápidamente.

Por otra parte, el transporte para las emergencias es importante. Podrían haber sistemas en que las comunidades recibieran en donación vehículos del estado que no están siendo utilizados o están siendo mal utilizados. Con el pago del servicio, se mantendría el funcionamiento de estos vehículos. Hay promotores que tienen el deseo de aprender a manejar un vehículo para el traslado de emergencias.

Provisión de medicamentos

Como parte de los servicios curativos que son necesarios, la provisión de medicamentos se hace también indispensable. Se debe conseguir medicamentos a bajo costo que se puedan vender a los usuarios de los servicios a un costo más bajo que el de las farmacias, tal como lo hacen los dispensarios parroquiales. Los usuarios que puedan pagar las medicinas subsidiarían a aquéllos que no puedan pagar.

Orientación al usuario

El sistema debe orientarse hacia la satisfacción del usuario. Algunos elementos claves de la orientación de los servicios a la satisfacción del usuario guardan relación con:

- * Trato no discriminatorio en base a grupo étnico, idioma, capacidad de pago. El personal de salud de los servicios debe hablar el idioma de cada lugar.
- * Trato cordial, respetuoso
- * Información oportuna, comprensible

Estrategia de Comunicación

El modelo debe tomar en cuenta el diseño de una estrategia de comunicación social a varios niveles.

Por ejemplo, es importante promover la comunicación entre los diferentes sectores privados tales como Asociaciones de Azucareros-Ingenios, FUNDAZUCAR, Cafetaleros y Algodoneros, con el objeto de que compartan experiencias y acciones de atención en salud a los trabajadores agrícolas que han resultado exitosas, en términos de costo-beneficio. Las estrategias utilizadas por cada uno de ellos pueden servir como un abanico de alternativas para que cada sector seleccione la más apropiada y conveniente para ellos.

Un ejemplo son los servicios de Agrosalud contratados por varias fincas cafetaleras. Otra experiencia exitosa es la de los servicios de salud que algunos ingenios prestan a sus trabajadores, en los cuales se ha reportado un mejor rendimiento de los trabajadores y, por consiguiente, mayores ganancias para la empresa. El objetivo de esta "comunicación horizontal" sería la conscientización de sectores con intereses comunes y que hablan el mismo idioma. Cada una de las fincas debe hacer lo propio para la atención de la salud de sus trabajadores permanentes y migrantes.

Se deben fortalecer los mecanismos de comunicación entre promotores, entre comadronas y entre unos y otros en cada comunidad. El personal de salud no debe centralizar esta comunicación, sino estimular la comunicación y organización en comités del personal voluntario.

Finalmente, para dar a conocer a la población los cambios que se lleven a cabo en el sistema de atención de salud se debe diseñar una estrategia de comunicación social, con componentes de medios masivos y medios alternativos a nivel de las comunidades.